WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK LIPIEC—SIERPIEŃ

ROK V 1933 NUMER 4

Do naszych Czytelników!

Ponieważ w ciągu ostatnich tygodni otrzymaliśmy wiele zapytań dotyczących konkursu na pracę

o Omnadinie

pozwalamy sobie powtórzyć warunki tego konkursu na odwrotnej stronie.

Równocześnie donosimy, że uwzględniając życzenie szeregu czytelników, zamierzających wziąć udział w konkursie, przedłużamy termin nadsyłania prac o Omnadinie. Termin ten zostaje zamknięty dopiero z dniem

1 października 1933 r.

REDAKCJA
„Wiadomości Terapeutycznych"

Warunki konkursu na pracę o Omnadinie.

1) Uprasza się P.P. Lekarzy, którzy nie otrzymywali dotychczas „Wiadomości Terapeutycznych“, aby zażądali od Redakcji regularnego przysyłania Im naszego pisma. Do wzięcia udziału w konkursie są uprawnieni wszyscy lekarze, zapisani na liście abonentów „Wiadomości Terapeutycznych“.
2) Prace konkursowe powinny omawiać zastosowanie lecznicze Omnadiny i opierać się na spostrzeżeniach praktycznych. Pierwszeństwo mają poważne prace naukowe, któreby w możliwie jasny sposób opisywały działanie Omnadiny w jednym lub kilku zakresach wskazań do jej stosowania.
3) Prace powinny być napisane na maszynie na jednej stronie arkusza i rozmiar ich nie powinien przekraczać 6 stronic „Wiadomości Terapeutycznych“. Tablice, krzywe gorączkowe i t. d. liczy się oddzielnie.
4) Prace należy nadsyłać do Redakcji „Wiadomości Terapeutycznych“, Warszawa, Hipoteczna 5, z zaznaczeniem na kopercie: „Konkurs na pracę o Omnadinie“. Na stronie tytułowej pracy należy umieścić swe godło. Jednocześnie z pracą konkursową należy przesłać w zamkniętej kopercie, na której również zaznaczono godło, swe nazwisko i dokładny adres.
5) Konkurs zostaje zamknięty 1 października 1933 r. Tytuły przesłanych prac będą ogłaszane w „Wiadomościach Terapeutycznych“, co będzie jednocześnie dla autorów potwierdzeniem odbioru.
6) Za najlepsze prace zostaną przyznane następujące nagrody:

   I nagroda — 3.000 złotych
   II „ 2.000 „
   III „ 1.000 „

   „Wiadomości Terapeutyczne“ zastrzegają sobie prawo nabycia 10 dalszych kolejno najlepszych prac za wynagrodzeniem autorskiem po 250 zł. Pozostałe prace będą autorom zwrócone i pozostają ich własnością.
7) Wynik konkursu zostanie ogłoszony w listopadowym numerze „Wiadomości Terapeutycznych“ 1933 r. Konkurs oraz rozdanie nagród nastąpi bezwzględnie w przewidzianym terminie bez jakichkolwiek zastrzeżeń.
8) Nagrodzone prace stają się własnością „Wiadomości Terapeutycznych“, które je będą ogłaszać. Prace nie mogą być przedtem publikowane w innych pismach.
9) Bezpłatne próbki Omnadiny dla przeprowadzenia badań w związku z konkursem zasadniczo nie będą udzielane.

Prof. dr. P. SCHMIDT, Zakład Higjeny w Halle nad Saalą.

O SKŁONNOŚCI DO PRZEZIĘBIEŃ.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1932, Nr. 49).

Pod pojęciem przeziębienia rozumie się powszechnie przedewszystkiem katary nosa, gardła i tchawicy, w tej postaci, w jakiej występują one zwłaszcza na wiosnę i w jesieni. Skłonność do zaziębień może zależeć od wrodzonej konstytucji lub też powstać na podłożu wpływów osłabiających, może więc być trwała lub przemijająca. Według spostrzeżeń *Schmidt'a* katar powstaje najczęściej w sposób następujący: jeżeli osobnik odpowiednio usposobiony zostaje wystawiony przez dłuższy czas na silne ochłodzenie, wówczas naczynia krwionośne skóry i błon śluzowych dróg oddechowych kurczą się; początkowo proces ten odbywa się zupełnie tak samo jak u ludzi nieskłonnych do zaziębień. Jeżeli skurcz naczyń i zbyt silne w związku z tem niedokrwienie śluzówek utrzymuje się w tym nienormalnym stanie zbyt długo, to znaczy dłużej niż 20 minut, wówczas siły obronne błony śluzowej w stosunku do zawsze istniejących w drogach oddechowych drobnoustrojów (pneumokoki, paciorkowce i t. d.) ulegają osłabieniu. Bakterje zyskują przewagę nad czynnikami ochronnemi organizmu (fagocyty, histjocyty) i w ten właśnie sposób powstaje stan zapalny, względnie katar. Termoelektryczne pomiary ciepłoty, dokonane przez autora, wykazały, że jedynie u określonej grupy ludzi, w przybliżeniu u 10%, powyższe zmiany ukrwienia błon śluzowych, powstałe wskutek działania zimna, utrzymują się przez dłuższy czas, co należy uważać za osłabienie regulacji ciepła. W warunkach fizjologicznych śluzówki po silnem ochłodzeniu odzyskują bardzo szybko swą prawidłową temperaturę.

Autor dokonał na szeregu osób z wyraźną skłonnością do zaziębienia doświadczeń, polegających na wdychaniu w ciągu godziny zimnego powietrza. Pomiary ciepłoty wykazały, że niektórzy badani nie byli w stanie odzyskać w tym czasie prawidłowej temperatury swych ochłodzonych śluzówek. Osoby takie miały skłonność również i do odruchowego oziębiania błon śluzowych, np. po zimnej kąpieli nożnej, były bardzo wrażliwe na zimno i pociły się obficie przy każdym nieco większym wysiłku fizycznym. Objawy zaziębieniowe występowały najczęściej u osobników należących do astenicznego typu *Kretschmer'a* i cechujących się przeważnie nerwową, pobudliwą konstytucją.

Sztuczne ochłodzenie u osób niedotkniętych specjalną skłonnością do zaziębiania się jedynie bardzo rzadko wywoływało niewielkie objawy zaziębieniowe i w znakomitej większości przypadków nie okazywało żadnego szkodliwego wpływu. Dla powstania chorób z przeziębienia musi więc istnieć odpowiednie usposobienie.

Istnieje ponadto jeszcze jeden zasadniczy warunek, aby przy wrodzonej lub nabytej skłonności do dłużej trwających skurczów naczyniowych mógł powstać

katar: przewlekłe zakażenie błon śluzowych pneumokokami, streptokokami, lasecznikami grypy i t. d. Skłonność do katarów jest tem większa, im głębiej bakterje przeniknęły do śluzówki. Autor uważa za możliwe, że katary takie w poszczególnych przypadkach mogą powstawać również i bez oziębienia, a przez zadziałanie gorącego suchego powietrza, drażniących gazów, jak np. SO_2, HCl, gazów azotowych i t. d. Przepełnienie błon śluzowych krwią prowadzi do powstania obrzęku, zaś tkanka obrzęknięta stanowi dobre podłoże dla rozwoju bakteryj. Kurz i głośne mówienie wzmaga, oczywiście, przekrwienie i potęguje wytwarzanie obrzęku. *Schmidt* mógł podczas swych badań wielokrotnie stwierdzić, że niewłaściwy sposób mówienia, kurz, drażniące gazy i t. d. dziełają w nadzwyczaj silnym stopniu uczulająco na powstanie zaziębienia. W przypadkach takich mamy zwykłe do czynienia nietylko ze skłonnością do zaziębień, lecz z ogólnem usposobieniem do katarów, reagującem na wszelkie możliwe bodźce. Istnieją również dane, dowodzące, że wrażliwość na katary przeziębieniowe wzmaga się lub słabnie odpowiednio do większej lub mniejszej pobudliwości psychicznej.

Zaziębia się jednak nietylko osobnik z nerwowo chwiejnym układem naczyniowym; również i człowiek w zwykłych warunkach, zupełnie normalny, może się z łatwością zaziębić wówczas, gdy szczególne okoliczności sprawią, że jego termoregulacja nie okaże się dostatecznie sprawna, np. przy mocnem porażeniu nerwów naczynioruchowych wskutek gwałtownego ochłodzenia (skok do lodowato zimnej wody) lub pod wpływem zadziałania jadów, jak alkohol i narkotyki. Niebezpiecznym jest lekki przeciąg, którego się nie odczuwa i który nie wywołuje odpowiedniego odczynu ze strony ustroju. Jeżeli złośliwość zarazków zwiększa się wskutek licznych pasaży np. w przepełnionych pomieszczeniach, w których przy skupieniu znacznej ilości ludzi zawsze znajdą się również i osobnicy skłonni do zaziębień, wówczas może dojść do epidemicznego występowania chorób z zaziębienia, przyczem również i zasadniczo nieusposobieni nie uchronią się jednak od choroby. Mamy wówczas do czynienia z czystem zakażeniem, jak przy epidemicznej lub pandemicznej grypie.

Zaziębienie zależy więc od całego szeregu czynników, które niezawsze są łatwe do wykrycia. W każdym jednak przypadku zadaniem lekarza jest staranne poszukiwanie przyczyn warunkujących powstawanie zaziębienia. Nie ulega wątpliwości, że przez przyzwyczajenie do świeżego powietrza można skłonność do zaziębień osłabić; należy w tym celu dążyć do osiągnięcia takiego stanu, aby naczynia krwionośne osobnika usposobionego do zaziębień reagowały na działanie zimna tak, jak naczynia człowieka zahartowanego. U niektórych osobników wszelkie próby hartowania natrafiają jednak na bardzo znaczne trudności. W przypadkach takich zimne nacierania, zbyt cienka bielizna, sen zimą przy otwartych oknach i t. p. mogą się nawet okazać bardzo szkodliwe, wobec czego z wszelkiemi energiczniejszemi zabiegami lub zasadniczemi zmianami trybu życia należy być bardzo ostrożnym.

Dr. T. ZŁOCISTY, Tel-Aviv.

DYSBASIA ANGIOSPASTICA.

(Referat według Klin. Wschr. 1932, Nr. 44).

Istnieją przypadki chromania przestankowego, w których Padutina działa wprost jako znakomity środek swoisty; istnieją jednak również przypadki, w których jej działanie lecznicze w mniejszym lub większym stopniu zawodzi. Te różnice wyników terapeutycznych zależą, prawdopodobnie, od tego, że podłoże cierpienia, zwanego chromaniem przestankowem, niezawsze bywa jednakowe. Odróżniamy dwie postacie: pierwsza, przeważnie spastyczna, może występować już około 40-ego roku życia, zwłaszcza u nałogowych palaczy pochodzenia żydowskiego, druga, o cechach głównie miażdżycowych, nie ujawnia się zwykle przed szóstym dziesiątkiem lat. Autor podaje w swym artykule sposób, ułatwiający rozpoznanie różniczkowe tych dwóch postaci.

Jeżeli człowiek zdrowy włoży nogi do bardzo gorącej wody, to skóra zabarwia się natychmiast na kolor jaskrawo czerwony (rakowy) a po wyjęciu z wody odzyskuje po krótkiej chwili swój prawidłowy odcień. Jeżeli natomiast nogi jeszcze czerwone oblejemy bardzo zimną wodą, to stają się one na krótką chwilę blade i dopiero potem różowe.

W spastyczno-młodocianej postaci chromania przestankowego — naczynia arterjosklerotyka nie reagują już na zimno i na ciepło — noga w gorącej wodzie staje się ciemnoniebiesko-sina i po wyjęciu z wody nie odzyskuje swego normalnego zabarwienia lecz pozostaje siną jeszcze przez dłuższy czas. Jeżeli zaś taką siną nogę oblać lodowato zimną wodą, to staje się ona czerwona i następnie dopiero powoli blednie i wraca do normy.

Wobec tego, że chromanie przestankowe (początkowo) występuje jednostronnie, to przy zastosowaniu powyższej próby wodnej jednocześnie dla obu nóg, otrzymuje się niezwykły widok. W zwykłych warunkach różnica barwy między nogą dotkniętą już zmianami chorobowemi, a nogą jeszcze normalną jest prawie nieuchwytna; przy próbie wodnej zaś różnica ta występuje w sposób bardzo jaskrawy i obie nogi mają zupełnie odmienne zabarwienie: jaskrawo czerwone i niebiesko-sine.

Noga normalna reaguje na gorącą wodę maksymalnem rozszerzeniem naczyń włosowatych, prekapilarów i drobnych tętniczek; rozszerzenie to następnie cofa się powoli. Przy niezmienionej elastyczności tkanek lodowato zimna woda wywołuje wówczas gwałtowny skurcz kapilarów, który ustępuje stopniowo.

W przypadkach chromania gorąca woda wywołuje skurcz większych tętnic doprowadzających. Wobec tego, że zwiotczenie tego skurczu odbywa się ze znacznem opóźnieniem, świeża krew może dopływać jedynie bardzo wolno i odpływa odpowiednio do natężenia perystaltyki tętnic w mniej lub więcej wyrażonym rytmie. W związku z powyższem również i małe i najmniejsze tętniczki wypełniają się krwią tętniczą powolniej lub prędzej. Lodowato zimna woda zwalnia nagle skurcz, świeża czerwona krew gwałtownie i szybko przenika do drobnych naczyń, aż wreszcie stopniowo krew odzyskuje swój zwykły dla danego odcinka sposób krążenia.

Istnieją postacie zmęczenia nóg, których jeszcze nie można określić jako dysbazję, lecz które wykazują skłonność w tym kierunku przez wyraźne zmiany

w mechanizmie naczynioruchowym (Dysbasia intermittens spuria). W niektórych takich przypadkach nie można odrzucić współczynnika hormonalnego. W każdym razie w niektórych odmianach chromania przestankowego Padutina, drugi hormon trzustkowy, okazuje działanie lecznicze, które można uznać wprost za swoiste. Działanie obniżające ciśnienie tętnicze nie może tu odgrywać roli rozstrzygającej, gdyż zdarza się czasami, że Padutina obniża coprawda ciśnienie, lecz nie usuwa objawów chromania. Takie odporne przypadki tłumaczą się tem, że chromanie polega już nie na skłonności do skurczów, lecz że istotą jego jest zwężenie i sztywność naczyń na tle miażdżycy. Przy postaci chorobowej, zwanej Dysbasia intermittens spuria, stwierdza się już po kilku pierwszych wstrzyknięciach Padutiny złagodzenie dolegliwości, a po większej ilości wstrzykiwań ujawnia się wyraźna skłonność do cofania się całego zespołu objawów.

Podany przez autora pomocniczy środek rozpoznawczy można wykorzystać również dla oceny już osiągniętego wyniku leczniczego. W przypadku np. chromania, które w ciągu 9 miesięcy nie reagowało na stosowane poprzednio zabiegi lecznicze, można było od chwili rozpoczęcia terapji Padutiną stwierdzić, że po każdem wstrzyknięciu zastój w gorącej kąpieli nożnej stawał się coraz mniejszy, a powrót do prawidłowego ukrwienia coraz szybszy. Osiągnięty wreszcie wynik leczniczy cechował się nietylko ustąpieniem chromania, lecz również i pomyślnemi zmianami „kolorymetrycznemi" podczas kąpieli nożnej.

W zespole objawów chromania przestankowego można więc odróżnić dwie odmiany: typ A — występujący w szóstym dziesiątku lat — w którym na plan pierwszy obrazu chorobowego występują zmiany miażdżycowe tętnic podudzia i stopy oraz typ B — występujący w czwartym dziesiątku lat — przy którym istota choroby polega przedewszystkiem na czynniku spastycznym przy istniejącej może wrodzonej mniejszej wartościowości naczyń krwionośnych. Typ B reaguje w sposób szczególnie pomyślny na prawie swoiste dla niego działanie lecznicze Padutiny.

Dr. C. OESTREICH, Oddział wewnętrzny Szpitala Miejskiego w Frankfurcie n. M.

EVIPAN — NOWY SRODEK NASENNY.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1932, Nr. 43).

Autor stosuje Evipan od ½ roku we wszelkich postaciach bezsenności. Z chemicznego punktu widzenia przedstawia Evipan N-metylo-cykloheksenylo-metylo-malonylo-mocznik. Za główne wskazanie do stosowania Evipanu uważa autor nerwową bezsenność umysłowo pracujących, pobudliwych i wyczerpanych ludzi, którzy jedynie stosunkowo rzadko zmuszeni są zażywać środki nasenne. Według spostrzeżeń autora pacjenci tego rodzaju słusznie uważają Evipan za najodpowiedniejszy dla nich środek nasenny. Następnem

głównem wskazaniem są stany bezsenności, polegające na bardzo późnem zasypianiu, t. j. dopiero po północy lub nawet nad ranem, oraz zaburzenia snu u arterjosklerotyków. Dotychczas nie posiadaliśmy dla takich pacjentów środka, który zażyty nawet późno w nocy, nie powodowałby jednak przy obudzeniu się nad ranem żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego. W tej dziedzinie Evipan istotnie wypełnia pewną lukę. W razie potrzeby można zażyć z powodzeniem Evipan również i wtedy, gdy chcemy zasnąć w ciągu dnia o niezwykłej godzinie. Autor donosi o pewnej pacjentce, która pragnęła przespać kilka godzin nad ranem, aby wieczorem, będąc w towarzystwie, nie podlegać zwykłemu zmęczeniu. Wobec tego, że hałas wielkiego miasta utrudnia powtórne zaśnięcie po dobrze przespanej nocy, pacjentka ta zażyła tytułem próby 1 tabletkę Evipanu, poczem po 15 minutach mocno zasnęła i obudziła się dopiero w godzinach obiadowych z uczuciem nadzwyczajnej rześkości i wypoczynku. Dobre samopoczucie, związane z wrażeniem wyspania się i świeżości zarówno umysłowej jak i fizycznej, utrzymywało się przez cały wieczór. Autor stosował systematycznie Evipan również i u chorych dotkniętych ciężkiemi cierpieniami organicznemi i przeważnie udawało mu się z powodzeniem zastąpić Evipanem przewlekłe zażywanie nawet dużych dawek mocnych środków nasennych. Jedynie nieliczni pacjenci byli zdania, że preparaty z grupy silnych środków nasennych działały na nich lepiej niż Evipan; przeważnie dobry u nich początkowo sen po Evipanie zostawał czasem przerywany przez kaszel, ból i t. d. i chorzy potem nie mogli znowu zasnąć, gdyż działanie Evipanu było już wyczerpane. Często udawało się jednak nawet w takich przypadkach osiągnąć dłuższy spokojny sen po zażyciu 2 tabletek Evipanu; autor uważa jednak, że dla ciężkich schorzeń organicznych odpowiedniejszemi są dłużej działające środki nasenne, jak Phanodorm, Luminal i inne. Działanie nasenne Evipanu ujawnia się nadzwyczaj szybko. Rzadko się zdarzało, aby pacjent w pół godziny po zażyciu Evipanu jeszcze nie spał. Jeżeli pacjent do tego czasu nie zasnął, to działanie nasenne częstokroć już wogóle nie występowało. Działanie nasenne Evipanu mija stosunkowo szybko. Warunkiem pomyślnego stosowania jest, aby zapoczątkowany w sztuczny sposób sen trwał nadal już jako sen naturalny, co ma zresztą miejsce w większości przypadków bezsenności bez poważnych zaburzeń organicznych. Pacjenci, przyzwyczajeni uprzednio do dużych dawek mocnych środków nasennych, częściowo nie reagowali na działanie Evipanu, a częściowo byli z jego działania nadzwyczaj zadowoleni. Odsetek powodzeń i niepowodzeń był u takich chorych jednakowy. W pewnym przypadku bezsenności na tle nadmiernego pobudzenia nerwowego, Evipan pierwszego dnia zawiódł, lecz na trzeci dzień jednak okazał swój pomyślny wpływ usypiający.

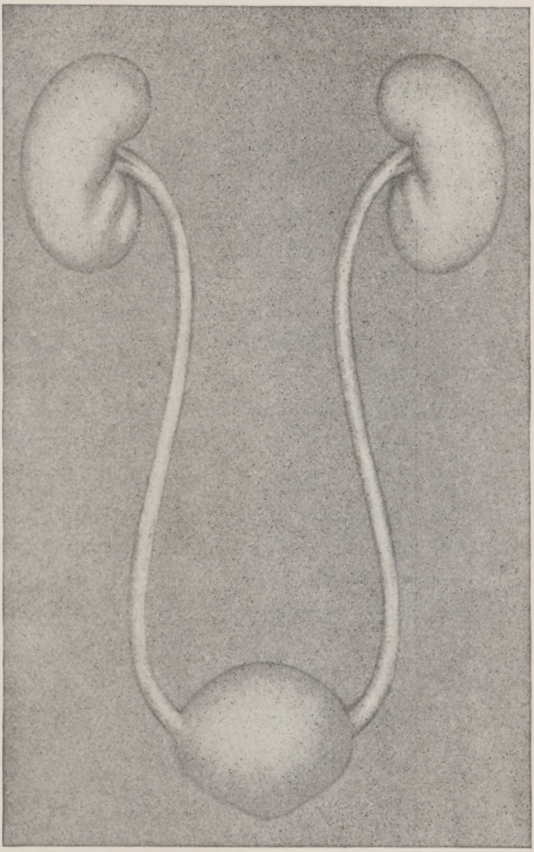
Na podstawie swych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że Evipan posiada w porównaniu z wszystkiemi dotychczasowemi preparatami nasennemi pewne szczególne zalety i można go w odpowiednich przypadkach stosować z wielkiem powodzeniem.

Prof. dr. H. EPPINGER, Fryburg.

O ZNACZENIU STRYCHNINY PRZY LECZENIU NIEWYRÓWNANYCH WAD SERCA.

(Referat według Wien. med. Wsch. 1928, Nr. 43).

Krew znajdująca się w ustroju jest podzielona na dwie części: pierwsza, która u dorosłego człowieka wynosi około 3 — 4 litrów, krąży w obiegu krwi, druga zaś, 1 — 1½ litra, jest rozsiana w różnych zbiornikach i nie przyjmuje bezpośredniego udziału w krążeniu. Powyższy stosunek wzajemny między krwią krążącą i zdeponowaną może podlegać zmianom i być powodem zaburzeń chorobowych. Im większa ilość krwi zostaje zatrzymana na obwodzie, tem większe jest niebezpieczeństwo zapaści. Tem właśnie się tłumaczy, że w przypadkach zapaści, przebiegających z zaleganiem znacznej ilości krwi na obwodzie, środki lecznicze, które mają swój główny punkt uchwytu w sercu, jak strofantyna i naparstnica, częstokroć zupełnie zawodzą. Tymczasem w wielu takich przypadkach jesteśmy jednak w stanie osiągnąć poprawę, jeżeli leczenie niewyrównanych wad serca zaczniemy od obwodu. Na tem również polega tak pomyślne zwykle w swem działaniu łączenie środków nasercowych z typowemi środkami naczyniowemi, jak kofeiną i kamforą. Do najskuteczniejszych zaś środków naczyniowych należy przedewszystkiem zaliczyć strychninę, która stanowczo w terapji chorób narządu krążenia znajduje dotychczas zbyt małe zastosowanie. Według *Eppingera* strychninę można wstrzykiwać 2 — 3 razy dziennie w dawkach po 1 — 2 mg, bez obawy niepożądanych objawów działania ubocznego. Zwłaszcza w leczeniu zapalenia płuc strychnina powinna zająć miejsce przeważnie dotychczas stosowanej naparstnicy. Strychnina jest bardzo wskazana również i dla leczenia następczego wstrząsu pooperacyjnego. Przy dłuższym stosowaniu strychnina może okazywać skłonności kumulacyjne, dopóki jednak trwają objawy uszkodzenia obwodowego, dopóty wolno wstrzykiwać strychninę. Najlepszym sposobem stosowania są wstrzykiwania podskórne. Uruchomienie przez strychninę zalegającej krwi sprawia, że zwiększa się dopływ krwi do serca, co obciąża je znowu większą pracą, tak że również i w tych warunkach całkowite powodzenie lecznicze osiąga się dopiero przez jednoczesne stosowanie środków sercowych i naczyniowych.



Arsen i Fosfor

w nowoczesnem lecznictwie

W niedokrwistości, stanach wyczerpania i osłabienia, upośledzeniu odżywiania, w okresie rekonwalescencji, przy osłabieniu serca i krążenia krwi, w zaburzeniach przemiany materji, chorobach skórnych, chorobie Basedowa, neurastenji i t. d.

Solarson Organiczny preparat arsenowy dla wstrzykiwań podskórnych. Solarson zwiększa zawartość hemoglobiny i ilość krwinek czerwonych oraz wzmacnia szybko cały organizm.

OPAKOWANIA ORYGINALNE: *Pudełka po 12 ampułek à 1 cm³ zł. 7.—*
„ „ 12 „ „ 2 „ „ 9.15

Optarson Odpowiednie połączenie arsenu i strychniny. Oprócz działania Solarsonu Optarson okazuje szybki, pobudzający i wywołujący euforję wpływ strychniny. Niezawodne zwiększenie siły woli i poczucia własnych sił.

OPAKOWANIA ORYGINALNE: *Pudełka po 12 ampułek à 1 cm³ zł. 10.50*

Tonophosphan Organiczny preparat fosforowy dla wstrzykiwań podskórnych. Pobudzające i tonizujące działanie na serce, przemianę materji i mięśnie. Wzmożenie wydolności całego organizmu.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Roztwór 1%-owy:
Pudełka po 10 ampułek à 1 cm³ zł. 5.40
„ „ 20 „ „ 1 „ „ 8.60

Roztwór 2%-owy **fortius:**
Pudełka po 10 ampułek à 1 cm³ zł. 5.55



BAYER

»Bayer-Meister Lucius«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA"

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr 5.

Dr. A. OBERNIEDERMAYR, Oddział chirurg. i ortop. kliniki pedjatrycznej w Monachjum.

DALSZE SPOSTRZEŻENIA NAD UŚPIENIEM AVERTINOWEM U DZIECI.

(Referat według Klin. Wschr. 1932, Nr. 41).

Poprzednie spostrzeżenia autora dotyczyły 3707 przypadków usypiania dzieci Avertiną. Dawka dawniej przeciętnie stosowana była stosunkowo duża i wynosiła 0,1, 0,125 i 0,15 g Avertiny na kg. W bardzo dużym odsetku udawało się autorowi otrzymywać zadowalający przebieg narkozy. Obecne doniesienie autora obejmuje sprawozdanie z przebiegu dalszych 1500 przypadków uśpienia avertinowego u dzieci. Dążąc do stosowania możliwie małej, a jednak czynnej dawki Avertiny, autor nie przekracza ostatnio dawki 0,125 g Avertiny na kg. Wobec tego, że pomimo zmniejszenia dawki wyniki uśpienia pozostały jednakowo dobre, powyższą ilość Avertiny uznano za „dawkę maksymalną“ dla dzieci. Jeżeli udaje się zapomocą tej dawki — co ma zresztą miejsce w przeważnej liczbie przypadków — osiągnąć dostatecznie głęboką narkozę, wówczas zyskujemy poprostu idealny sposób usypiania. Jeżeli sen dziecka nie jest dostatecznie głęboki, wówczas *Oberniedermayr* dodaje eteru; 5 — 10 cm^3 wystarczają przeważnie dla potrzebnego pogłębienia snu. Podział na uśpienie zupełne i uśpienie podstawowe jest odnośnie do niemowląt i dzieci niepotrzebny. Autor omawia następnie 1000 przypadków uśpienia Avertiną (dokonanych w ciągu jednego roku od 1.III.1931 do 25.III.1932), pod względem wieku swych małych pacjentów, ewentualnego przygotowania (środków uspokajających nie podawano) i osiągniętej głębokości snu.

1000 przypadków uśpienia: 210 dzieci poniżej jednego roku, 478 od 1 roku do 6 lat, 303 od 6 do 15 lat; przygotowano 754 dzieci, bez przygotowania 246 dzieci.

Wyniki uśpienia: bardzo dobre 211 razy, dobre 430, dostateczne 143, niedostateczne 216 razy. Wśród wyników niedostatecznych było 144 dzieci przygotowanych i 72 nieprzygotowanych. Dawka najwyższa (0,125 g na kg) w 91 przypadkach, dawka najmniejsza w 125 przypadkach (Avertinę płynną stosowno w 2%-owym roztworze); w tem 80 przypadków uśpienia nie niemowląt, lawatywa nie utrzymała się w 21 przypadkach, dodatek eteru: 180 przypadków, rausz avertinowy: 3 przypadki.

Wobec tego, że również i w 143 przypadkach uśpienia, określonych jako „dostateczne“, operację można było wykonać bez dodania eteru, odsetek zadowalających przypadków czystej narkozy avertinowej zwiększa się do 78,4%. Liczba 216 przypadków narkozy „niedostatecznej“ zależała w 125 przypadkach od tego, że *Oberniedermayr* z następujących względów nie zastosował swej „dawki maksymalnej“: w przypadkach usypiania niemowląt nigdy nie przekraczano dawki Avertiny 0,1 na kg. Narkozy te przeważnie przebiegają bez dodawania eteru w sposób całkowicie zadowalający. Dawkę najmniejszą (0,1 g) stosuje autor również i u dzieci powyżej jednego roku życia w następujących przypadkach: 1) przy operacjach przepukliny pępkowej mię-

dzy 1-szym i 4-ym rokiem życia, 2) przy operacjach rozszczepienia podniebienia, gdzie szybkie odzyskanie odruchu kaszlowego jest bardzo pożądane, 3) przy krótkotrwających badaniach u starszych dzieci (np. cystoskopja, zabiegi przy złamaniach lub zwichnięciach, otworzenie powierzchownych ognisk ropnych). Do grupy więc 80 przypadków dzieci w wieku już nie niemowlęcym należy zaliczyć przypadki wymienione w rubrykach 1 i 3, w których zrezygnowano z uśpienia całkowitego. To dobrowolne zrzeczenie się nie można określać jako niepowodzenie narkozy avertinowej, podobnie jak i te 21 przypadków, przy których lawatywa się nie utrzymała i wreszcie 3 przypadki oznaczone jako rausz avertinowy. W wyniku ostatecznym okazuje się więc, że uśpienie Avertiną zawiodło wszystkiego w 112 przypadkach (— 11,2%). Przypadków zejścia śmiertelnego nie było wcale.

Dr. L. SEITZ, Klinika ginekologiczna w Frankfurcie nad Menem.

O LECZENIU WYMIOTÓW CIĄŻOWYCH.

(Referat według Therapie der Gegenwart tom 29, Nr. 1).

Podczas ciąży zachodzą znaczne zmiany w fizjologicznem zachowaniu się ustroju. Stężenie jonów wodorowych, zawartość białek i lipidów we krwi, układ wewnątrzwydzielniczy, wegetatywny układ nerwowy wykazują odchylenia od stanu normalnego. Pomimo że organizm kobiety ciężarnej musi dostarczać związków odżywczych zarówno dla siebie jak i dla płodu, to jednak w licznych przypadkach stwierdza się w ciągu pierwszych tygodni i miesięcy wyraźną niechęć przyjmowania pokarmów. Nastawienie to polega na zmianie czynności ośrodka głodu. W niektórych przypadkach obok ogólnego zmniejszenia łaknienia stwierdza się swoiste pożądanie określonych potraw (zachcianki). Przeważnie kobiety w ciąży mają pociąg do potraw kwaśnych, co przedstawia może instynktowną chęć wyrównania istniejącego przesunięcia przemiany materji w kierunku zasadowym, następnie do wapna i kredy. „Zachcianki" te powinno się z leczniczego punktu uwzględniać przez podawanie pożywienia obfitującego w wapń (ser szwajcarski, masło, szpinak, żółtka, mleko i t. d.) oraz leków zawierających wapń (Calcium chloratum, Calcium lacticum i t. d.) następnie kwaśnych potraw lub leków zawierających nieco kwasu solnego (Acidol-Pepsin). Nierzadko kobiety w ciąży proszą o potrawy, których dawniej nie lubiły. Analogicznie do stwierdzanego często gwałtownego pożądania niektórych potraw, spostrzega się również i nieprzezwyciężony wstręt do pewnych pokarmów, a zwłaszcza do mięsa, który może być tak silny, że kobiety nie znoszą nawet zapachu mięsa. Wobec tego, że podczas ciąży zachodzą często zaburzenia w białkowej przemianie materji, które może nawet są istotną przyczyną zmiany apetytu, powinno się pokrywać zapotrze-

bowanie pokarmowe przeważnie węglowodanami i możliwie ograniczyć dowóz białka i tłuszczu.

Podobnie często jak zaburzenia łaknienia stwierdza się również i wymioty ciążowe. Zmiana fizyczno-chemicznego składu krwi uczula, prawdopodobnie, ośrodek wymiotny i wzmaga pobudliwość żołądkowego odcinka nerwu błędnego. 50% wszystkich kobiet dostaje w mniejszym lub większym stopniu wymiotów podczas ciąży. W przypadkach bardzo ciężkich i uporczywych zachodzą zmiany w surowicy krwi: zwiększenie ilości lipidów, a zwłaszcza cholesteryny, zwiększenie frakcji białkowej o dużej dyspersji i zmniejszenie się albumin, występowanie nieprawidłowych produktów białkowej i tłuszczowej przemiany materji, zwiększenie jonów wodorowych i zmniejszenie jonów wapniowych. Stwierdza się wówczas zwiększenie ilości amoniaku, amino-kwasów i indykanu, nierzadko również i leucynę i tyrozynę w moczu, następnie kwas acetooctowy i β-oksymasłowy. Próba bilirubinowa według *Hijmansa v. d. Bergha*, wskazująca na uszkodzenie wątroby, wypada — czasem zresztą również i w lżejszych przypadkach — przeważnie dodatnio. Przy śmiertelnej postaci Hyperemesis gravidarum powstają ciężkie zmiany wątrobowe, zwyrodnienie toksyczne lub ostry żółty zanik, następnie zmiany nerkowe, zmiany zwyrodnieniowe w nerwach obwodowych, a częściowo również i w ośrodkowym układzie nerwowym. Z punktu widzenia rozpoznania różniczkowego należy przy wymiotach kobiet ciężarnych wyłączyć następujące stany chorobowe: zmiany oponowe, zmiany zapalne w podbrzuszu, objawy otrzewnowe, zapalenie woreczka żółciowego, choroby żołądka, zmiany położenia macicy.

Skuteczne leczenie wymiotów ciążowych powinno mieć przedewszystkiem na celu usunięcie chemiczno-fizycznych zmian krwi; zadanie to jest jednak bardzo trudne do wykonania, gdyż jedynie bardzo rzadko udaje się wykryć źródło zaburzeń i zastosować odpowiednie leczenie przyczynowe.

Jeżeli sprawa polega na niedomodze czynności tarczycy, wówczas wskazane są preparaty tarczycowe, dobre wyniki dają czasem małe dawki insuliny; autorzy francuscy zalecają również preparaty ciałka żółtego. Przeciwko niedokwaśności podaje się kwas solny. Nadwrażliwość błony śluzowej żołądka staramy się przytłumić zapomocą Anaesthesiny lub Novocainy. Bardzo dobre wyniki daje czasem jod w małych dawkach (5 kropel Tincturae jodi na 200,0 wody, z tego łyżkę stołową na szklankę wody 3 razy dziennie). Również i podskórne lub dożylne wstrzykiwania 20 — 50 cm^3 roztworu soli fizjologicznej sprawiają często dużą ulgę. Wymioty ustępują nierzadko pod wpływem dożylnego wstrzyknięcia 5%-owego roztworu $CaCl_2$. Również dożylne wstrzyknięcie

5 cm^3 10%-owego roztworu NaCl i podawanie 3 razy dziennie po 0,5 g NaCl uspokaja według *Kirsteina* wymioty. Inni autorzy stosują postępowanie zapobiegawcze, mające na celu niedopuszczenie do powstawania wymiotów i podają profilaktycznie żelazo i wapń (według *Rissmanna:* Calcii carbonici praecipitati 10,0, Calcii phosphorici 5,0, Ferri lactici 2,0; 3 razy dziennie na końcu noża).

Oprócz powyższego mniej lub więcej przyczynowego leczenia niewątpliwie dobre wyniki osiąga się również i na drodze terapji psychicznej. Zwłaszcza osoby z chwiejnym układem nerwowym reagują pomyślnie na sugestję. Również i zmiana otoczenia (np. przyjęcie do szpitala) przyczynia się nierzadko do szybkiego złagodzenia groźnych wymiotów. Duże znaczenie ma, oczywiście, i dieta. W postaciach lekkich można pozostawić bez zmiany zwykły sposób odżywiania — uwzględniając jednak do pewnego stopnia ew. istniejące zachcianki, o ile one nie są zbyt niezwykłe. Przy wymiotach bardzo uporczywych należy na początku leczenia w ciągu 1 — 3 dni zaniechać zupełnie wszelkiego podawania pokarmów drogą doustną i chwilowo odżywiać chore lawatywami kroplowemi, do których dodaje się 1 — 2 g Kalii bromati, nieco opjum, 2 łyżki stołowe cukru i łyżkę stołową alkoholu; zapotrzebowanie płynu można częściowo pokrywać zapomocą podskórnych wstrzykiwań roztworu fizjologicznego. Kobiety ciężarne znoszą głód zadziwiająco dobrze; *Determann* pozostawił pewną kobietę przez 21 dni bez pożywienia i w ten sposób doprowadził do ustąpienia niesłychanie gwałtownych wymiotów. Naogół jednak powinno się po 1 — 3 dniach postu znowu dawać pożywienie, początkowo mleko bardzo zimne i pokarmy papkowate. Bardzo wskazane są również i podskórne lub dożylne wlewania cukru gronowego. *Seitz* podaje codziennie 300 — 400 cm^3 10%-owego roztworu cukru, który ma chronić przed zbyt szybkim rozkładem tłuszczu i białka i ograniczać do pewnego stopnia powstawanie jadowitych produktów pośredniej przemiany materji. W 4-ym miesiącu ciąży wymioty przeważnie ustępują, gdyż ustrój zdążył się już przyzwyczaić do zmienionych chemiczno-fizycznych stosunków. W niektórych jednak przypadkach wymioty trwają aż do końca ciąży, choć w miarę jej postępu stają się zwykle słabsze i rzadsze.

Naogół wymioty ciężarnych są objawem przykrym, lecz nie stanowią niebezpieczeństwa dla życia; z tego względu nie powinno się zbyt wcześnie myśleć o przerwaniu ciąży, z drugiej jednak strony nie należy przy wymiotach bardzo uporczywych czekać zbyt długo, aby nie doprowadzić do nadmiernego wyczerpania, wobec którego przerwanie ciąży okazałoby się spóźnionem. Żadnego objawu lub odczynu, któryby przedstawiał bezwzględne wskazanie do przerwania ciąży jeszcze nie znamy. *Frey* uważa, że przerwanie jest wskazane wówczas, gdy azot resztkowy we krwi przekracza 60 mg i gdy 20 g glukozy podanej doustnie zostają rozłożone dopiero po 175 minutach. *Naujoks* natomiast uważa przerwanie za wskazane dopiero wtedy, gdy tetrachlorofenolftaleina

wydziela się z opóźnieniem i gdy po 2, 6 lub nawet 12 godzinach jeszcze znajdujemy większe ilości barwnika w surowicy, jako dowód istniejącego poważniejszego uszkodzenia wątroby. *Williams* określa zawartość amoniaku w moczu i uważa, że chwila, gdy stężenie to przekroczy pewną granicę, jest odpowiednią dla dokonania przerwania. *Seitz* uważa przerwanie za wskazane wówczas, gdy bezpośrednia próba bilirubinowa *Hijmansa v. d. Bergha*, wskazująca, prawdopodobnie, na uszkodzenie komórki wątrobowej, jest w ciągu kilku dni dodatnia. Chwilowo żadna z wymienionych prób nie pozyskała sobie jeszcze ogólnego uznania. Przy ocenie należy ciągle uwzględniać przedewszystkiem stan ogólny i inne wyniki badań podstawowych, a zwłaszcza moczu. Jeżeli tętno okazuje stałą skłonność do coraz większego przyspieszania się, jeżeli stwierdza się silny Foetor ex ore, jeśli język jest suchy, gorączka podnosi się o ½ — 1½° i jeżeli chora okazuje objawy psychiczne, a zwłaszcza gdy powstają stany pobudzenia, wówczas należy uznać, że wszystko to są oznaki początków ciężkiego zatrucia i że nie powinno się już dłużej zwlekać z przerwaniem ciąży. Jeżeli natomiast ogólny obraz chorobowy nie jest jeszcze zbyt ciężki i natężenie objawów wzmaga się stosunkowo wolno, wówczas wskazanem jest postępowanie wyczekujące (oczywiście, pod stałą kontrolą). Za jedyną więc właściwą drogę dla powzięcia decyzji co do przerwania ciąży i ustalenia odpowiedniej dla zabiegu chwili, należy przy obecnym stanie naszej wiedzy uważać staranną i dokładną obserwację pacjentki.

Dr. F. CLAUSSEN, I Klinika Wewnętrzna, Monachjum.

O DIUREZIE CHORYCH SERCOWYCH.

(Referat według Ztschr. ges. exp. Med. 1932, tom 83).

Po wstrzyknięciu Salyrganu stwierdza się w wątrobie obecność czynnika moczopędnego, który wytwarza się, prawdopodobnie, w komórkach wątrobowych pod wpływem Salyrganu. Zwykłe dawki Salyrganu wywołują jednocześnie wzmożone wydzielanie żółci, dawki zaś toksyczne zmniejszają wydzielanie żółci. W przypadkach, w których działanie moczopędne Salyrganu z niedających się określić powodów zawodzi, możemy mieć do czynienia z zaburzeniami czynności wątroby. Z tego właśnie względu *Bix* radzi wstrzykiwać w odpowiednich przypadkach razem z Salyrganem decholinę. Znakomite działanie moczopędne Salyrganu u chorych sercowych zależy, według autora, do pewnego stopnia od zwiększonej pobudliwości zastoinowej wątroby.

Na podstawie tych badań *Claussen* uważa za wskazane, aby przy klinicznem stosowaniu Salyrganu uwzględniać również i stan wątroby. W przypadkach większych zmian w wątrobie może nastąpić pod wpływem Salyrganu, jak to czasami już spostrzegano, dalsze pogorszenie obrazu chorobowego. Również i u cho-

rych sercowych należy przedewszystkiem dążyć do osiągnięcia pierwszej poprawy zapomocą zastrzyknięć Salyrganu. W przypadkach wątroby zastoinowej rozpoczyna się od 0,75 cm^3 Salyrganu dożylnie; następnie można dawkę w razie potrzeby stopniowo zwiększać. Wahania działania Salyrganu zależą nie od przyzwyczajenia, lecz od zmiennej pobudliwości wątroby. Głównym zakresem wskazań do stosowania Salyrganu jest sercowa niedomoga krążenia, przebiegająca z zastojem w wątrobie. W zastoju nerkowym wolno stosować Salyrgan jedynie wtedy, gdy nerka może jeszcze wytwarzać mocz o ciężarze gatunkowym 1020. Objawy zapalne ze strony nerek są bezwzględnem przeciwwskazaniem.

W sprawie stosowania Salyrganu w nefrozach nie można ustalić obowiązującego prawidła ze względu na różnorodność pojęcia klinicznego nerczycy. *Claussen* obserwował przypadek zmian w kiszkach grubych, pomimo że klinicznie nie stwierdzano ani biegunek ani wogóle żadnych oznak zajęcia jelita grubego. Oprócz przeciwwskazań podanych już w piśmiennictwie (zapalenie nerek, niedomoga nerek, przerost gruczołu krokowego, żółtaczka, niestrawność, charłactwo, niedokrwistość, gorączka) należy ponadto uwzględniać dużą wrażliwość wątroby zastoinowej, a w przypadkach wodobrzusza niebezpieczeństwo niezareagowania na działanie moczopędne.

Dr. MACKENZIE, Southern General Hospital, Govan

LECZENIE OPARZEŃ.

(Referat według Brit. med. Jour. Nr. 3452).

Mackenzie uważa, że najskuteczniejszy sposób leczenia ciężkich oparzeń polega na stosowaniu hipertonicznego roztworu soli kuchennej w połączeniu z zabiegami chirurgicznemi. Wszystkie martwe części tkanek należy usunąć w uśpieniu ogólnem, najlepiej eterowem. Potrzeba w tym celu możliwie jaknajwcześniej ustalić linję demarkacyjną. Linja ta staje się wyraźną dopiero w siódmym dniu, jednak przy pewnem doświadczeniu udaje się rozpoznać ją już wcześniej. Autor jest zdania, że w przypadkach wątpliwych lepiej usunąć może nadmiar tkanek podejrzanych o zgorzel niż ilość niedostateczną, gdyż wchłanianie produktów rozkładu, wytwarzających się w pozostałych zmartwiałych tkankach, wywołuje przeważnie objawy ciężkiego zatrucia i może doprowadzić nawet do zakażenia krwi. Przy dokładnem odgraniczaniu tkanek martwych od żywych można uniknąć niebezpieczeństwa późnego krwawienia przez nałożenie na powierzchnię rany tamponów nasyconych ciepłym 5%-owym roztworem soli kuchennej. W razie oparzenia bardzo dużych powierzchni lepiej stosować jedynie roztwór 2—3%-owy. Przed zdjęciem gazy należy ją opłókiwać i rozmiękczać ciepłym roztworem soli kuchennej. Przy postępującem oczyszczaniu się rany nie nakłada się tamponu z solą kuchenną bezpośrednio na

ranę, lecz kładzie się między ranę i roztwór soli warstwę porowatego jedwabiu, aby uchronić delikatną jeszcze ziarninę. Zmienianie opatrunku raz lub dwa razy dziennie uzależnia się od przebiegu każdego poszczególnego przypadku. Po kilku dniach można pobudzić dalsze oczyszczanie się rany i wytwarzanie ziarniny zapomocą odpowiednich zabiegów lub środków drażniących; uprzednio należy starannie oczyścić brzegi rany od zwisających części skórnych. Martwe tkanki, których nie usunięto odrazu przy pierwszym opatrunku, należy usunąć ostrym lancetem. Leczenie maściami służy jedynie dla ochrony nowowytworzonego naskórka. Wybór chwili pierwszego zabiegu oczyszczenia rany zależy od siły pierwotnego wstrząsu podczas oparzenia i od możliwości rozpoznania linji demarkacyjnej. Odkładania tego zabiegu należy jednak stanowczo unikać, gdyż leczenie zachowawcze wstrząsu zupełnie nie wystarcza dla przeciwdziałania szybkiemu wchłanianiu trujących produktów rozkładu białka. Wspomniane leczenie zachowawcze polega przeważnie na wstrzykiwaniach wyciągów tylnego płata przysadki, kamfory, eteru, soli kuchennej, morfiny, pozatem stosuje się zwykle lawatywy z cukru gronowego, okłady z płynu Burowa i t. d. Następnie istnieje jeszcze niebezpieczeństwo, że w związku z natężeniem sprawy rozkładowej czynność tkanki fibroblastycznej może ulec takim zmianom, iż dochodzi do zwyrodnienia tkanki bliznowatej i wytworzenia się tak zwanego keloidu. Rozumie się samo przez się, że chory znosi operację natychmiast po oparzeniu lepiej, niż jeśli wykonywa się ją wówczas, gdy pacjent jest już wyczerpany wskutek zatrucia lub zakażenia. Przy operacji wczesnej istnieją o wiele większe szanse uzyskania elastycznej tkanki bliznowatej z możliwie jaknajmniejszem zniekształceniem i pomyślnemi warunkami dla ew. plastyki; przy odkładaniu operacji powstają nierzadko w środku źle ukrwionej, twardej blizny przykre i źle gojące się owrzodzenia, które czasem nawet w ciągu długich lat nie pozwalają choremu rozstać się z chirurgiem.

Dr. HUGO TREBITSCH, Wiedeń.

LECZENIE FURUNKULOZY WSTRZYKIWANIAMI RIVANOLU.

(**Referat według Z. B. 1931**).

Wprowadzenie do terapji Rivanolu, chemotaktycznego środka odkażającego, obdarzonego wybitnym wpływem bakterjobójczym w stosunku do wszelkich zarazków ropotwórczych, jest zasługą *Morgenrotha*. Następnie liczny szereg chirurgów potwierdził wielką leczniczą i zapobiegawczą wartość Rivanolu. Autor stosuje Rivanol już od pierwszej chwili wprowadzenia go do powszechnego użytku i osiąga przy jego pomocy znakomite wyniki lecznicze. Autor wstrzykuje Rivanol z Novocainą do nacieczonych tkanek, w których stwierdza się już podstawowe objawy stanu zapalnego: rubor, calor,

dolor. Pomimo bardzo małych ilości wstrzykiwanego płynu, zmiana obrazu chorobowego następuje z szybkością chemicznego odczynu.

Dodatek Rivanolu do wstrzykiwanych płynów zapewnia podczas zabiegu chirurgicznego działanie antyseptyczne w obrębie pola operacyjnego, nie okazując przytem żadnego szkodliwego wpływu na tkanki. Zachęcony powodzeniem długoletniego stosowania Rivanolu w jamie ustnej i okolicy szczękowej, autor wypróbował jego działanie również i w innych miejscach ciała. Pewien pacjent, który leczył się już od dłuższego czasu z powodu zmian chorobowych w jamie ustnej, zawiadomił nagle, że nie może prowadzić nadal leczenia z powodu wytworzenia się w okolicy pośladkowej czyraka, który sprawia mu podczas siedzenia i leżenia nieznośne bóle. Badanie wykazało zaczerwienienie i obrzmienie bardzo bolesne przy najlżejszem dotknięciu. Czyrak był wielkości monety 5-złotowej. Autor wstrzyknął natychmiast w trzech jednakowo od siebie oddalonych miejscach obrzmienia po kilka kropel roztworu Rivanolu z Novocainą, przyczem igłę kierowano zawsze do środka nacieczenia. Już podczas ubierania się chory zauważył, że bóle ustąpiły. Siedzenie nie sprawiało mu już żadnych dolegliwości. Obrzmienie ustąpiło po 3 dniach bez zropienia. Sprawa wessała się całkowicie, nie zostawiając żadnego śladu. Chory był zachwycony nadzwyczajną szybkością i skutecznością zastosowanego sposobu leczenia.

Drugi pacjent cierpiał na uporczywe, stale powtarzające się czyraki. W ciągu ostatnich dwóch lat miał on już przeszło 160 czyraków. Chory radził się wielu lekarzy, którzy wypróbowali na nim wszelkie możliwe metody lecznicze, lecz wszystko bez skutku, gdyż w chwili obecnej rozwijały się 3 nowe czyraki. Podobnie jak w poprzednim przypadku, autor wstrzyknął również i temu choremu Rivanol z Novocainą do wytwarzających się czyraków. Czyraki wessały się i od tego czasu już się nie powtarzały. Chory był szczęśliwy, że się wreszcie wyleczył z uporczywej i dokuczliwej choroby.

Trzeci przypadek dotyczył pacjenta, który wskutek ciężkich ran postrzałowych na wojnie i związanych z tem cierpień stał się morfinistą. W trzech miejscach wytworzyły się po wstrzyknięciach nacieczenia. Również i tutaj sprawa chorobowa cofnęła się pod wpływem Rivanolu bez zropienia.

Autor ogłosił 3 powyższe spostrzeżenia w prasie lekarskiej. Po krótkim czasie otrzymał list od pewnego dentysty z Pettau w Styrji z prośbą o bliższe szczegóły dawkowania. Dentysta ten pisał: „Od 3 miesięcy cierpię na furunkulozę lewej okolicy pachwinowej. Miałem już 17 czyraków. Cierpienie sprawia mi silne bóle i uniemożliwia pracę zawodową. Dotychczasowe leczenie nie sprawia mi żadnej ulgi“. Autor udzielił, oczywiście, choremu koledze żądanych wiadomości i po kilku tygodniach otrzymał następującą odpowiedź: „Minął już miesiąc od czasu zakończenia mojej kuracji zapomocą Rivanolu. Przez cały ten czas nie wytworzył się ani jeden nowy czyrak. Uważam się za zupełnie wyleczonego. Do ostatniego czyraka dokonano mi 3 wstrzykiwań

w kierunku dośrodkowym po 2 krople roztworu Rivanolu z Novocainą. Działanie było wprost zadziwiające. Bóle ustąpiły natychmiast, a po 5½ godzinach cofnęło się prawie zupełnie również i nacieczenie. Nazajutrz obrzmienie pojawiło się jednak znowu, lecz było zupełnie niebolesne. W jednem z miejsc wstrzyknięcia stwierdziłem niewielkie zaczerwienienie skóry. Myślałem już o powtórnem wstrzyknięciu Rivanolu, lecz wobec braku bólu i rozmiękania nacieczenia ograniczyłem się do obmywań z 1‰-owego roztworu Rivanolu. Pod wpływem tej kuracji obrzęk i zaczerwienienie zaczęły się powoli cofać i po upływie 10 dni zginęły bez śladu. Rivanol wyleczył mnie odrazu z uporczywej choroby trwającej już od 4 miesięcy i nie okazującej żadnych skłonności do samoistnego cofania się".

Dawkowanie Rivanolu jest następujące. Stosuje się tabletki z Rivanolu po 0,1 i tabletki Novocainy po 0,25 z dodatkiem 0,00005 Suprareniny. Roztwór świeżo przygotowany zachowuje bez zmiany swą siłę odkażającą w ciągu 3 dni: później następuje rozkład i na dnie wytwarza się maleńki osad.

Tabletkę Rivanolu wrzuca się do 100 cm^3 wrzącej wody; po zupełnem rozpuszczeniu Rivanolu dodaje się do gotującej jeszcze wody tabletkę Novocain-Suprareniny, poczem płomień należy natychmiast zgasić.

Roztwór wstrzykuje się do czyraka lub do ropnia kroplami. Przy stosowaniu Rivanolu jako zapobiegawczego środka antyseptycznego dodaje się do strzykawki roztwór Rivanolu w stosunku ⅔ płynu znieczulającego i ⅓ Rivanolu.

Skuteczność Rivanolu jest tak pewną, że przy wyrywaniu spróchniałych zębów mądrości autor pomimo ew. istniejącego zapalenia okostnej nie stosuje, jak to się zawsze czyni, znieczulenia szczękowego, lecz wstrzykuje wprost do nacieczonych tkanek. Postępowanie to nietylko czyni sam zabieg zupełnie niebolesnym, lecz zapewnia również szybkie cofanie się nacieczenia.

Przy czyrakach już dojrzałych i otwartych wstrzyknięcie Rivanolu z Novocainą również uśmierza natychmiast ból; obstrzykiwanie i okłady z Rivanolu nie dopuszczają do dalszego wytwarzania się czyraków. Tkanki już zropiałe nie mogą się, oczywiście, doraźnie zagoić; należy pozatem uwzględnić, że wstrzyknięty Rivanol częściowo wylewa się przez istniejący otwór, co zmniejsza siłę i czas jego działania.

Doc. dr. H. WEESE, Elberfeld.

FARMAKOLOGJA PROMINALU.

(Referat według Deutsche Med. Woch. 1932, Nr. 18).

Drgawki wywoływane doświadczalnie u zwierząt nawet objawowo nie mają nic wspólnego z napadami drgawek epileptycznych, występujących samoistnie u człowieka. Etjologja epilepsji pozostaje ciągle jeszcze zagadnieniem nierozstrzygniętem. Wobec powyższego staje się zrozumiałem, że w żadnych badaniach doświadczalnych na zwierzętach nie można było wykazać

przeciwepileptycznego działania jakiegokolwiek środka (np. Luminalu), pomimo że działanie to u ludzi występuje bardzo wyraźnie. Luminal przezwycięża, coprawda, drgawki sztucznie wywołane, lecz istota jego działania polega w tych warunkach nie na swoistym wpływie przeciwpadaczkowym, lecz na nieswoistem działaniu nasennem, które można ostatecznie osiągnąć zapomocą dostatecznie dużych dawek każdego środka nasennego. Farmakolog może przeto spodziewać się działania przeciwepileptycznego nowego środka leczniczego najwyżej na podstawie jego budowy chemicznej. Potwierdzenie przypuszczeń farmakologa znajduje się całkowicie w rękach klinicysty. Takie właśnie stosunki miały miejsce również i odnośnie do Prominalu. Budowa chemiczna Prominalu — C-C-fenylo-etylo-N-metylo-kwas barbiturowy — pozwalała oczekiwać od tego preparatu działania przeciwpadaczkowego. Przewaga nad Luminalem polegałaby w każdym razie na dłuższem trwaniu działania i zupełnym braku smaku. Badania kliniczne na epileptykach potwierdziły słuszność tych przypuszczeń. Różnica między działaniem przeciwepileptycznem i nasennem była przy Prominalu znacznie większa niż przy Luminalu. Wobec tego, że można uznać, iż ta różnica między natężeniem działania przeciwpadaczkowego i nasennego lub usypiającego jest przy każdem dawkowaniu stosunkowo ta sama, można było na podstawie działania nasennego (usypiającego) Prominalu ustalić wytyczne dla stosowania go jako środka przeciwepileptycznego.

Najmniejsza dawka nasenna przy podawaniu doustnem wynosi dla kota 0,1 g, najmniejsza dawka usypiająca 0,15 g, śmiertelna dawka graniczna 0,23 g na kg wagi kota. Odpowiednie dawki graniczne dla królika są: 0,1, 0,2 i 0,4 na kg. Odległość więc między graniczną dawką nasenną i śmiertelną wynosi 2, 3 wzgl. 4. Przejście w uśpienie odbywa się przy Prominalu spokojnie. Uśpienie może trwać przez szereg dni, przeciętnie dwa razy dłużej niż po Luminalu. Żadnych objawów późnego działania szkodliwego dotychczas nie spostrzegano. Również i stałe nieprzerwane podawanie Prominalu wykazało jego doskonałą tolerancję. Prominal nie wywiera żadnego ujemnego wpływu na nerki. Prominal ulega w ustroju prawie całkowitemu rozkładowi, tak że w moczu można wykazać zaledwie ślady kwasu barbiturowego. Rozkład Prominalu odbywa się, prawdopodobnie, inaczej niż przy nie N-alkilowanych związkach tego szeregu, gdyż jedynie odmienny przebieg rozkładu może wytłumaczyć, dlaczego zwierzęta, przyzwyczajone do kwasu barbiturowego, niealkilowanego do azotu, reagują na odpowiedni N-alkilowany kwas barbiturowy jak normalne, t. zn. uprzednio nieprzygotowane zwierzęta. Nawet w doświadczeniach, trwających długie miesiące i polegających na codziennem wstrzykiwaniu lekko nasennych dawek, nie udawało się przyzwyczaić kotów do N-alkilowanego kwasu barbiturowego.

Streszczenie: Badania farmakologiczne wykazały, że Prominal wyróżnia się dużem rozpięciem między dawką przeciwepileptyczną i nasenną, znacznie więk-

szem, niż przy innych dotychczas znanych związkach. Działanie jest znacznie bardziej długotrwałe, a mimo to Prominal okazuje się wyjątkowo mało trujący. Prominal ulega w ustroju ilościowemu rozkładowi. W doświadczeniach na zwierzętach nie udało się stwierdzić przyzwyczajenia do Prominalu.

Dr. K. KÜPPERS, Brandenburg.

PROMINAL, NOWY ŚRODEK PRZECIWPADACZKOWY.

(Referat według Med. Klin. 1932, Nr. 34).

Przy leczeniu padaczki Luminal wyparł prawie zupełnie powszechnie dawniej stosowany brom. Należy jednak przyznać, że również i Luminal nie jest pozbawiony pewnych stron ujemnych. Za wadę Luminalu przy leczeniu epilepsji należy poczytywać przedewszystkiem jego działanie nasenne, które nie posiada może większego znaczenia przy leczeniu chorych, znajdujących się w zamkniętym zakładzie, lecz które okazuje się niepożądanem podczas ambulatoryjnego leczenia epileptyków, gdyż zmniejsza do pewnego stopnia ich zdolność do pracy. Prominal przedstawia środek przeciwpadaczkowy, obdarzony typowem działaniem leczniczem Luminalu, jednak bez właściwego Luminalowi wpływu nasennego. Nawet i większe dawki Prominalu nie wywołują objawów senności. Autor badał działanie Prominalu na umysłowo chorych epileptyczkach, znajdujących się w zakładzie psychjatrycznym w Görden i stwierdził, że działanie przeciwnapadowe Prominalu jest znacznie silniejsze niż Luminalu, lecz że wymaga zażywania nieco większych dawek. Dla uniknięcia przemijającego zwiększenia się częstości napadów podczas przejścia od Luminalu do Prominalu, *Küppers* zaleca stopniową zamianę jednego leku na drugi. Tolerancja nawet większych dawek Prominalu jest o wiele lepsza niż Luminalu. Dawkowania nie można określić schematycznie, lecz należy je zawsze ustalać indywidualnie w każdym poszczególnym przypadku. Wskazanem jest jednak, aby nie rozpoczynać kuracji Prominalem od dawek zbyt małych. W licznych przypadkach jednak już dawka 0,1 g Prominalu okazywała się dostateczna, aby uchronić od napadów nawet skłonne do częstych i ciężkich napadów epileptyczki. Działanie zapobiegawcze Prominalu było skuteczniejsze niż Luminalu i dotyczyło zarówno wielkich, a może w jeszcze większym stopniu i małych napadów. Skutecznej dawki Prominalu nie należy już zwiększać, gdyż

napady mogą się znowu powtórzyć. Chorzy pobudliwi i skłonni do zmian nastroju wymagają nieco większych dawek Prominalu niż Luminalu (0,2 — 0,3 g pro die), czasami jednak wystarcza również i 0,1 g. Najwyższa dawka dobowa Prominalu wynosi według *Küppersa* 0,4 g. Prominal okazuje doskonały wpływ na stan psychiczny epileptyków, uspokaja ich, powoduje stan lekkiej euforji; chorzy pobudliwi stają się znacznie mniej gwałtowni i bardziej zrównoważeni, chorzy przygnębieni stają się żywsi. Wprowadzenie Prominalu do lecznictwa padaczki stanowi niewątpliwie znaczny postęp. W porównaniu z Luminalem działanie przeciwepileptyczne Prominalu jest o wiele silniejsze, a działanie nasenne znacznie mniejsze. Autor uważa, że naprzemienne podawanie Prominalu i Luminalu pozwoli osiągnąć jeszcze lepsze wyniki lecznicze.

Dr. MERTENS.

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE NAD DZIAŁANIEM ACIDOL-PEPSINY.

(Referat według Therap. Berichte, tom 4, Nr. 12).

Acidol-Pepsinę stosuje się w lecznictwie już od wielu lat. Okazała się ona pełnowartościową namiastką kwasu solnego. Z chemicznego punktu widzenia przedstawia Acidol-Pepsina chlorowodorek betainy (betaina = kwas trójmetylo-amino-octowy) z dodatkiem pepsyny. Kwas solny Acidol-Pepsiny odszczepia się dopiero w wodzie. Wobec tego, że po związaniu pewnej ilości kwasu z białkiem pożywienia rozczepianie preparatu stopniowo postępuje dalej, działanie Acidol-Pepsiny trwa dłużej niż odpowiedniej dawki zwykłego kwasu solnego.

Betaina jest dla ustroju ludzkiego związkiem zupełnie obojętnym i wydziela się niezmieniona z moczem.

Istnieją dwa rodzaje pastylek Acidol-Pepsiny: bardzo kwaśne i słabo kwaśne. Zawartość Acidolu w mocno kwaśnych pastylkach odpowiada 8 kroplom, w słabo kwaśnych 1 kropli rozcieńczonego kwasu solnego.

Wskazania do stosowania Acidol-Pepsiny są takie same jak dla kwasu solnego: zupełny brak lub upośledzenie wydzielania kwasu solnego, bezsoczność, brak łaknienia i katar żołądka. Jest przytem obojętne, czy objawy te stanowią samoistną chorobę, czy też są jedynie skutkiem innego cierpienia. Według badań *Leo* osiąga się szczególnie pomyślne wyniki zapomocą Acidol-Pepsiny w przypadkach bezsoczności żołądkowej. Również i *Bogendörfer* jest zdania, że w przypadkach podkwaśności lub bezsoczności żołądkowej oprócz właściwej diety należy koniecznie zastosować leczenie substytucyjne i podawać kwas solny z pepsyną, najlepiej w postaci Acidol-Pepsiny. Według *Kollerta* i *Flatowa* Acidol-Pepsina okazuje się bardzo skutecznym lekiem pomocniczym również i w przypadkach gruźlicy, gdyż pobudzając apetyt, poprawia odżywianie

i wpływa w ten sposób dodatnio na stan ogólny. Zwykły kwas solny, podany w potrzebnem stężeniu, łatwo drażni u gruźlików błonę śluzową i pobudza do kaszlu, podczas gdy Acidol-Pepsinę można podawać bez żadnych zastrzeżeń.

Według *Bergmanna* Acidol-Pepsina jest bardzo skutecznym lekiem w przypadkach biegunek na tle niedokwaśności żołądkowej. *König* zwraca uwagę, że Acidol-Pepsina uśmierza bóle występujące po zabiegach operacyjnych dokonanych na żołądku lub kiszkach.

Według spostrzeżeń *Keila* w przypadkach gruźlicy płuc, w chorobach serca w okresie niewyrównania, następnie przy zapaleniu nerek, dnie i cukrzycy nie zwraca się naogół dostatecznej uwagi na objawy niestrawności; zwykle pociesza się chorych, gdy skarżą się na brak apetytu i osłabienie żołądka, że są to tylko objawy towarzyszące lub skutki cierpienia zasadniczego, które wobec tego nie wymagają żadnego specjalnego leczenia.

We wszystkich takich stanach dyspeptycznych można według *Keila* stosować z wielkiem powodzeniem Acidol-Pepsinę. 11 z pośród pacjentów *Keila* skarżyło się tylko na dolegliwości czysto dyspeptyczne. U trzech innych stwierdzono uporczywy przewlekły nieżyt żołądka, na który wszelkie stosowane lekarstwa żadnego wpływu nie okazywały. Jeszcze inny pacjent cierpiał na chroniczny katar pęcherza moczowego i powinien był łykać odpowiednie kapsułki, których zupełnie nie znosił, pomimo że poprzednio nigdy na żołądek nie chorował. U czterech wreszcie chorych, częściowo wskutek dużych krwawień (poronienie, operacja), częściowo wskutek ciężkich chorób wątroby, stwierdzono znaczne upośledzenie stanu odżywiania i ogólne wyczerpanie fizyczne; chorzy ci zupełnie nie mieli apetytu i skarżyli się na dokuczliwe zaburzenia trawienne. We wszystkich tych przypadkach udało się *Keilowi* doprowadzić zapomocą Acidol-Pepsiny do stosunkowo szybkiego wyleczenia i przywrócenia chorym zdolności do pracy.

Acidol-Pepsina posiada jeszcze tę zaletę, że nie okazuje prawie żadnego szkodliwego wpływu na zęby. Nie bez znaczenia praktycznego jest również jej stała postać, ułatwiająca zabieranie ze sobą preparatu podczas podróży.

Dr. I. KNOFLACH, Klin. chir. Uniw. w Innsbrucku.

O LECZENIU ZŁAMAŃ KOŚCI NASWIETLANĄ ERGOSTERYNĄ.

Referat według Wien. klin. Wo. 1928, Nr. 21).

Wiadomo już oddawna, że niektóre pokarmy mogą okazywać pomyślny wpływ na przebieg gojenia się złamań kości; dopiero jednak ostatnie czasy przyniosły wyjaśnienie tej sprawy, stwierdzając w tych pokarmach obecność znacznych ilości witamin. Wobec tego, że największy wpływ na mineralną gospodarkę kostną okazuje witamina D (Vigantol) i że działanie lecznicze tej witaminy przy zaburzeniach w rozwoju kości (krzywica i rozmiękczenie

kości) zostało już dokładnie zbadane, autor postawił sobie za zadanie dokonać prób leczniczych z Vigantolem w przypadkach złamań kości. W badaniach doświadczalnych na zwierzętach *Bors* wykazał już, że naświetlana ergosteryna wpływa pomyślnie na tworzenie się kostniny. Pomocnicze leczenie Vigantolem stosowano początkowo głównie w tych przypadkach złamań, które można było stosunkowo najłatwiej obserwować rentgenologicznie, a więc przedewszystkiem przy złamaniach kości długich.

Spostrzeżenia autora dotyczą 51 przypadków złamań, leczonych naświetlaną ergosteryną i 31 przypadków, w których dla umożliwienia porównania nie podawano Vigantolu. Złamania kostne były następujące: 8 przypadków złamań trzonu kości udowej i 22 złamania kości podudzia, 15 złamań w okolicy kostki, 2 piszczeli lub strzałki i 4 trzonu kości ramieniowej. Leczenie było zwykłe: nastawienie, wyciągnięcie i ułożenie w szyny *Brauna* w modyfikacji *Eiselsberga*, leczenie zastoinowe i doustne dawki Calcii phosphorici. Vigantol podawano dwa razy dziennie po 10 — 15 kropel na dobę, zależnie od wieku. Na początku gojenia się dokonywano licznych zdjęć rentgenowskich, później zaś jeden raz na tydzień.

Porównanie przebiegu zrastania się kości u chorych leczonych naświetlaną ergosteryną i pozostawionych bez Vigantolu dało wyniki następujące:

U dzieci początkowo nie stwierdzano między obiema grupami żadnych różnic; natomiast w 3-im i 4-ym tygodniu dzieci leczone Vigantolem wykazywały niezwykle szybkie zwiększanie się i grubienie kostniny. Czas potrzebny dla zupełnego skonsolidowania złamania okazał się pod wpływem leczenia Vigantolem nieco krótszy niż przeciętnie. — U chorych w wieku od 18 — 50 lat nie stwierdzono żadnych istotnych różnic w czasie gojenia się u obu grup. Rozwój kostniny postępował jednak w grupie vigantolowej, poczynając od 3-go tygodnia, szybciej i silniej. Zwłaszcza w złamaniach podudzia w okolicy kostek, w których naogół wytwarza się mało kostniny okostnowej, można było wielokrotnie wykazać już w 4-ym tygodniu leczenia okostnową zwapniałą warstwę kostniny grubości ½ cm. W 3 przypadkach poprzecznego złamania obu kości podudzia wytworzyły się stosunkowo szybko duże ilości zwapniałej okostnowej kostniny, natomiast samo złamanie umocniło się dopiero później. Odkładanie się wapnia było w swoisty sposób kosmkowo-pierzaste i dopiero po dłuższym czasie, zwłaszcza po zastosowaniu ruchów czynnych i biernych, stało się równomierne i gęste.

Największe różnice w przebiegu gojenia się obu grup stwierdzono u chorych w wieku powyżej 55 lat. U 9 pacjentów w starszym wieku, czas wyleczenia złamania był krótszy niż u młodych ludzi. Kostnina wytworzyła się bardzo wcześnie i już po 3 — 4 tygodniach wykazała cechy mocnego zwapnienia. U chorych nieleczonych Vigantolem kostnina powstawała o 2 — 3 tygodni później.

Autor miał sposobność stosowania Vigantolu również w dwóch przypadkach rozmiękczenia kości. W pierwszym przypadku wynik był stosunkowo niewielki, natomiast w drugim, dotyczącym 62-letniej kobiety, udało się osiągnąć bardzo dużą poprawę: już po 6 tygodniach kuracji vigantolowej chora mogła o kiju chodzić po schodach i odbywać dłuższe spacery po ogrodzie, czego już od wielu lat nie była w stanie czynić.

Dr. J. HOLCZMAN, Tatra - Matliary. (Czecho - Słowacja).
(Gyógyászat, Nr. 32).

GRUŹLICA I PRZEMIANA MATERJI.

Znaczenie Luminalu w kuracji tuczącej.

Przybytek na wadze u chorych gruźliczych niekoniecznie oznacza poprawę. Zdarza się czasami, że pomimo znacznego zwiększania się wagi ciała, stan ogólny chorego jednak stopniowo się pogarsza. Mówiąc jednak bardziej ogólnie, można stwierdzić, że wzrost wagi i poprawa przebiegają równolegle. Nie należy oczywiście wpadać w przesadę i przekarmiać chorych, podając im nadmierne ilości pożywienia: zbyt wielkie nagromadzenie tłuszczu w ustroju może bowiem jeszcze bardziej wyczerpać i bez tego już zwykle asteniczne i czynnościowo osłabione serce.

Zwiększenie procesów katabolicznych (rozpadowych) zależy w gruźlicy od dwóch czynników: zakażenia jako takiego oraz od gorączki wywołanej przez infekcję. Badanie przemiany gazowej zapomocą spirometru Krogha wykazało, że u gruźlików, nawet niegorączkujących, podstawowa przemiana materji często okazuje się wzmożoną. W niektórych przypadkach badanie metodą Krogha można wykorzystać dla celów rokowania: w gruźlicy przebiegającej bezgorączkowo wzmożona podstawowa przemiana materji oznacza sprawę postępującą. W gruźlicy czynnej z gorączką *Holczman* znajdywał wzmożenie podstawowej przemiany materji dochodzące do +60%. Dla wyrównania tych nadmiernych strat energetycznych, zachodzących w przebiegu gruźlicy, *Holczman* zaleca pożywienie obfitujące w tłuszcze i węglowodany.

Istnieje jednak ponadto również czynnik psychiczny, który nierzadko przeciwstawia się dążeniom obronnym ustroju do odzyskania i wzmożenia swych sił zapasowych: obawa, wszelkiego rodzaju troski moralne i materjalne, niedostateczne wydzielanie gruczołów ślinowych i żołądkowych, zaburzenia czynności ruchowej kiszek — oto szereg przyczyn, które osłabiają łaknienie i wywołują zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego, utrudniające dostateczne odżywianie.

Takim właśnie chorym, których psychika stanowiła przeszkodę dla przeprowadzenia racjonalnej kuracji, *Holczman* zapisywał małe dawki Luminalu: 0,03 g przed każdym z 3-ech głównych posiłków. Autor stosuje ten sposób leczenia już przeszło od 3 lat i w znakomitej większości przypadków osiągnął pod względem zwiększenia wagi i poprawy stanu ogólnego doskonałe wyniki. Objawów ujemnych jakiegokolwiek niepożądanego działania ubocznego nie stwierdzono ani razu. Zasługuje na uwagę, że te pomyślne wyniki osiągnięto również i u chorych, którzy nie wykazywali oznak jakiejś szczególnej nerwowości. Z tego względu autor wyraża przypuszczenie, że Luminal działa nietylko jako środek uspokajający nerwy, lecz że okazuje on na komórki wpływ analogiczny do chininy, to znaczy zmniejszający natężenie procesów utleniania.

Holczman stosował leczenie tuczące zapomocą Luminalu u 160 chorych i w przeszło 80% przypadków osiągnął pomyślne wyniki terapeutyczne. Chorzy zażywali Luminal bardzo chętnie. Wielu z pośród nich zwracało uwagę, że już 1-go dnia tej kuracji czuli się lepiej i że poprawił się im apetyt. Po tygodniu zażywania Luminalu autor zarządza tygodniową przerwę, poczem znowu podaje go przez tydzień i t. d. *Holczman* gorąco poleca ten sposób postępowania i wyraża życzenie, aby inni autorzy sprawdzili jego wyniki.

Ostatnio *Holczman* udoskonalił swą metodę i stosuje Luminal w połączeniu z chininą i arsenem, dzięki czemu osiąga wyniki jeszcze lepsze.

KĄPIELE SŁONECZNE I KĄPIELE POWIETRZNE.

(Z działu: pogawędki z pacjentami).

Uświadomienie sobie przez ogół działania leczniczego promieni słonecznych przedstawia jedną z najpiękniejszych zdobyczy medycyny popularnej. Słońce, potężne źródło ciepła i życia, wraz ze swem promieniowaniem leczniczem i własnościami odkażającemi, przedstawia dzisiaj czynnik leczniczy, bez którego medycyna nie mogłaby się wprost obejść; z praktycznego punktu widzenia jest przytem zupełnie obojętne, jaki rodzaj z pośród licznych wysyłanych przez słońce promieni odgrywa tu najważniejszą rolę. Dzisiaj zalecamy słońce chorym dla odzyskania zdrowia i zdrowym dla najdłuższego jego zachowania. Zwłaszcza dla dzieci powietrze i światło stanowią czynniki bez porównania pożyteczniejsze i niezbędniejsze niż wszelkie sztuczne preparaty wzmacniające i odżywcze.

Najpiękniejsze wyniki lecznicze daje heljoterapja w klimacie wysokogórskim. Idealnie czyste powietrze sprzyja działaniu promieni słonecznych. Niestety, większość ludzi nie ma ani czasu ani możności udawać się po odzyskanie zdrowia lub dla wypoczynku w dalekie wysokie góry. Nie jest to zresztą koniecznie potrzebne. W każdem, nawet najbardziej zadymionem mieście, można z łatwością urządzić słoneczne kąpieliska o niewątpliwej wartości leczniczej. Właściwie powinno to należeć do obowiązków samorządów miejskich, gdyż zakładanie kąpieli słonecznych i powietrznych ma z pewnością niemniejsze znaczenie higjeniczne niż troska o przestrzeganie wszelkich przepisów sanitarnych, obowiązujących w wielkich nowoczesnych skupieniach ludzkich. Bez wielkich trudności można urządzić takie kąpieliska we wszystkich parkach i ogrodach, zwłaszcza położonych na krańcach miasta. W licznych miastach kąpieliska takie zresztą już istnieją, cieszą się wielkiem powodzeniem i powstają w coraz większej ilości.

Ostatecznie nawet w samym środku miasta można również znaleźć odpowiednie miejsca, w których można się poddawać dobroczynnemu działaniu promieni słonecznych, oczywiście, pozostając w ubraniu, co jednak zmniejsza do

pewnego stopnia wartość insolacji. Ławki w ogrodach, alejach, na zacisznych ulicach lub we wszystkich spokojnych, skierowanych ku południowi miejscach, umożliwiają setkom ludzi korzystanie z życiodajnych promieni słonecznych wśród morza domów miejskich. Matka może wystawić swe małe dziecko na słońce w wózku na balkonie. Dzieci nieco większe powinny się bawić w ogrodach lub na placach, na odgrodzonych i specjalnie dla nich przeznaczonych miejscach. Chorych i ozdrowieńców powinno się umieszczać jaknajbliżej okna, aby nawet pomimo stałego przebywania w pokoju nie byli całkowicie pozbawieni dobroczynnych promieni. Większość więc ludzi może nawet w mieście korzystać z pomyślnego działania słońca; trzeba jednak przyznać, że przeważnie nie czynią tego w dostateczny sposób.

Kąpiele słoneczne należy właściwie przyjmować nago lub pod bardzo lekkiem okryciem. Działanie promieni słonecznych na skórę jest bardzo energiczne. Obnażone ciało nie należy wystawiać zbyt długo na działanie słońca; koniecznem jest stopniowe przyzwyczajanie się. Gdy ciało w ciągu długich miesięcy nie podlegało promieniom słonecznym, pierwsze naświetlenie latem w ciągu jednej godziny może wywołać bardzo poważne zaburzenia. Czasu trwania kąpieli słonecznej nie da się ściśle określić; zależy on od indywidualnych własności konstytucjonalnych, a przedewszystkiem od przyzwyczajenia. 10 do 15 minut kąpieli słonecznej, w miejscu chronionem od wiatru, zupełnie wystarczają na początek. Czas trwania kąpieli można powoli powiększać. Z chwilą gdy zjawiają się pierwsze oznaki nietolerancji, jak bicie serca, mroczki przed oczami, zawroty głowy, należy uznać, że dozwolona granica została przekroczona. Nie należy się kierować zegarkiem, lecz temi właśnie objawami. Samopoczucie powinno być zawsze dobre; kąpiel słoneczna nie powinna sprawiać żadnych dolegliwości ani przykrych wrażeń.

Należy co pewien czas zmieniać pozycję, aby wszystkie części ciała były równomiernie poddane działaniu promieni. Pigmentacja, czyli opalenie się skóry pod wpływem promieni słonecznych, przedstawia odczyn obronny przeciwko nasłonecznianiu nadmiernemu. Wiele ludzi opala się powoli i w sposób umiarkowany; u innych opalenizna wytwarza się nadzwyczaj szybko i jest bardzo intensywna. Wbrew rozpowszechnionej wśród laików opinji zjawisko to nie ma nic wspólnego z lepszym lub gorszym stanem zdrowia danego osobnika. Zbyt długotrwałe wystawianie ciała na działanie promieni słonecznych może doprowadzić do oparzenia, które przejawia się z początku zaczerwienieniem skóry, a następnie obrzmieniem i nawet tworzeniem się pęcherzy. Zdarza się, że u osobników nieprzyzwyczajonych zbyt długa kąpiel słoneczna nie wywołuje początkowo żadnych widocznych zaburzeń, lecz popołudniu lub nazajutrz zjawiają się oznaki oparzenia, którym może towarzyszyć nawet wysoka gorączka. Wyzdrowienie jest naogół szybkie: skóry nie należy moczyć, stosuje się puder (salicylowy) lub odpowiednie pomady. Oparzenia cięższe wymagają już interwencji lekarskiej.

Należy unikać bezpośredniego działania promieni słonecznych na głowę, gdyż nadmierny dopływ krwi do naczyń mózgowych może wywołać ciężkie zaburzenia, utratę przytomności i t. d. Należy więc podczas kąpieli słonecznej chronić głowę chustką, kapeluszem lub czemkolwiek. Jeżeli się podczas kąpieli słonecznej czyta, to książka powinna znajdować się w cieniu, gdyż światło, odbijając się od białych stronic, może razić nadmiernie wzrok i wywołać zapalenie lub bóle oczne.

Kąpiel powietrzna uzupełnia działanie kąpieli słonecznej, kąpiel taka pobudza czynność i odporność skóry; można z niej korzystać również i w dnie bezsłoneczne lub w cieniu. Ruch jest wówczas niezbędnym składnikiem kąpieli: bieganie, gimnastyka, gry, nacieranie skóry. Podczas kąpieli powietrznej nie powinno się odczuwać zimna ani doznawać dreszczów; należy wówczas wykonywać bardzo energiczne ruchy lub przerwać kąpiel. Kąpiel powietrzna i słoneczna w połączeniu z ruchem jest dla osobników zdrowych o wiele odpowiedniejsza niż zwykła kąpiel słoneczna w pozycji leżącej.

Najpomyślniej działa jednak zespół powietrza, słońca i wody, gdyż korzystne działanie tych trzech czynników wzajemnie się wzmaga. Stopniowy trening pozwala kilkakrotnie przechodzić z kąpieli słonecznej do wodnej i naodwrót. W tych warunkach układ krążenia wskazuje najpewniej granicę tolerancji różnych osobników: bicie serca oznacza zwykle przekroczenie dozwolonej granicy. Ruch, powietrze, słońce, woda — są to rzeczy bardzo przyjemne, należy jednak baczyć, aby tych ważnych czynników zdrowotnych nie nadużywać i we wszystkiem przestrzegać miary. Należy również dobrze pamiętać, że to, co może bez żadnych skutków ujemnych wykonywać młody, zdrowy człowiek, może się, oczywiście, okazać szkodliwem dla człowieka starszego, którego naczynia krwionośne już nie są tak elastyczne.

Dr. J. WILHELM.

O LECZENIU NEURASTENJI PŁCIOWEJ JUVENINĄ.

(Referat według Revue Progrès Thérap. tom IV, Nr. 4).

Przy leczeniu stanów przewlekłego osłabienia układu nerwowego korzystamy obecnie bardzo często z preparatów gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Prawie we wszystkich przypadkach neurastenji wskazanem jest zwrócić uwagę na stan i czynność narządów płciowych i to bez względu na ew. umiejscowienie dolegliwości neurastenicznych w narządach, które pozornie nie mają nic wspólnego ze sferą płciową.

Zapomocą skutecznego zadziałania leczniczego na czynności płciowe jesteśmy częstokroć w stanie osiągnąć szybką i znaczną poprawę sprawy chorobowej. Zwłaszcza w praktyce neurologicznej spotyka się nierzadko pacjentów z objawami zaburzeń czynnościowych ze strony różnych narządów i z jed-

noczesnem upośledzeniem funkcyj płciowych. Nadmierna pobudliwość takich chorych sprawia, że uchodzą oni za neurasteników, których choroba jest pozbawiona wszelkiego uchwytnego podłoża. Utrudnia to w znacznym stopniu znalezienie punktu uchwytu dla odpowiedniej interwencji terapeutycznej.

Od wielu już lat autor leczy takich chorych wstrzykiwaniami wyciągów jądrowych lub jajnikowych. Wyniki lecznicze były naogół pomyślne, lecz odsetek przypadków niereagujących lub reagujących zbyt słabo był jednak stosunkowo dość znaczny. Wobec tego autor zwrócił się do innego preparatu, którego działanie jest również skierowane na sferę płciową, lecz który nie ma nic wspólnego z organopreparatami. Przetworem tym jest Juvenina, będąca połączeniem yohimbiny z metyloarsinianem strychniny. Autor stosował Juveninę w swej praktyce prywatnej u chorych z różnemi objawami neurastenji płciowej. Na podstawie swych spostrzeżeń autor doszedł do następujących wniosków:

1) Tolerancja wstrzykiwań podskórnych lub domięśniowych jest doskonała. Nawet najbardziej wrażliwi pacjenci znoszą wstrzykiwania bez żadnych objawów ubocznych. Juveninę należy wstrzykiwać co drugi dzień. Kuracja składa się przeciętnie z 20 wstrzykiwań. Po dwu — lub trzytygodniowym odpoczynku można w razie potrzeby kurację powtórzyć. Można ew. stosować Juveninę do wewnątrz w dawkach 3 razy dziennie po 1 drażetce, lub też stosować naprzemian kurację doustną i podskórną.

2) W przypadkach wyczerpania nerwowego, przewlekłej neurastenji i stanach osłabienia wszelkiego rodzaju Juvenina szybko wzmacnia stan fizyczny i psychiczny. Działanie arsenu i strychniny uzupełnia w sposób celowy działanie yohimbiny. Juvenina wywoływała prawdziwą euforję układu nerwowego, która znajdując swój punkt wyjścia w pobudzeniu płciowem, dochodziła na drodze odruchowej do zajętego w danym przypadku narządu.

Doc. dr. H. E. BÜTTNER, Klinika wewnętrzna Uniwersytetu w Giessen.

LOS CHORYCH CUKRZYCOWYCH.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1932, Nr. 47).

Autor omawia w swym artykule wyniki leczenia insuliną 221 chorych cukrzycowych, spostrzeganych na klinice w Giessen w latach 1924 — 1931. Chorzy również i po wypisaniu się z kliniki podlegali nadal stałej kontroli, tak że dalszy przebieg choroby większości z nich pozostawał autorowi znany. W ciągu 7 lat obserwacji zmarło 96 (43,4%), w tem 50 zmarło już w ciągu pierwszych dwóch lat. Los chorych cukrzycowych rozstrzyga się więc przeważnie już w pierwszych latach po wypisaniu z kliniki. 21 chorych zmarło w klinice; wśród nich było 6, których przywieziono zbyt późno, w stanie śpiączki. 3 chorych w stanie śpiączki, przywiezionych stosunkowo wcześnie, udało się uratować. U pozostałych 15 przyczyną zejścia śmiertel-

nego był przeważnie udar mózgowy, niedomoga serca lub gruźlica. Co się tyczy podziału na grupy wieku, to śmiertelność chorych w latach 40 — 50 wynosiła 15%, w latach 30 — 40 stanowiła 40%, a we wszystkich pozostałych grupach przewyższała 50%. Przyczyną śmierci bynajmniej niezawsze była cukrzyca: największy odsetek dawała niedomoga krążenia. Podobne spostrzeżenia uczynili również i autorzy amerykańscy. *Labbé* oblicza śmiertelność diabetyków z powodu zaburzeń krążenia na 22%.

Około 50% chorych stosowało nadal leczenie insulinowe poza kliniką. Odnośnie do 94 diabetyków autor posiada dokładne dane co do przestrzegania przez nich przepisów dietetycznych: 34% przestrzegało przepisy ściśle, 47% mniej dokładnie, a 19% wogóle nie przestrzegało żadnej diety. Zaledwie 13,7% leczonych zachowało swą pełną zdolność do pracy; wśród nich odsetek stale leczonych insuliną był dwa razy większy niż wśród pozostałych, których zdolność do pracy była ograniczona, co dowodzi, że dostarczanie diabetykom dostatecznej ilości insuliny posiada również i znaczenie społeczne.

Z dokładnych i długotrwałych swych spostrzeżeń autor wyciąga następujące wnioski:

1. Przestrzeganie przepisów dietetycznych i stosowanie insuliny nie odbywa się w warunkach domowych w sposób należyty.

2. Chorzy ze śpiączką cukrzycową przybywają do kliniki zbyt późno.

3. Zaopatrywanie chorych w insulinę przez Kasy Chorych i instytucje opieki społecznej jest niedostateczne.

4. Niezwykle wysoka śmiertelność między 50 i 60 rokiem życia zależy jedynie częściowo bezpośrednio od cukrzycy.

Oba pierwsze punkty dałyby się z łatwością poprawić przez odpowiednie wykształcenie pomocniczego personelu pielęgniarskiego (wywiadowczynie) oraz przez pouczanie diabetyków o konieczności i sposobach przestrzegania diety. Jedną z najważniejszych rzeczy byłoby nauczenie każdego chorego na cukrzycę, aby umiał sam wstrzykiwać sobie insulinę. Również i zaopatrywanie w insulinę nie powinno natrafiać na większe trudności. Autor proponuje, aby Kasy Chorych zamiast renty inwalidzkiej, która nie wystarcza zwykle nawet na pokrycie przez chorego kosztów samej insuliny, zapewniały swym członkom, chorym na cukrzycę, „rentę insulinową". Dokładne ustalenie diety i ścisłe określenie pory wstrzykiwań i wielkości potrzebnej w każdym poszczególnym przypadku dawki pozwoli, jak tego dowodzą spostrzeżenia kliniczne, zaoszczędzić znaczne ilości insuliny. Niestety, nawet pomimo stosowania insuliny dość znaczny odsetek diabetyków, jak tego dowodzi punkt czwarty, umiera, i to zwłaszcza w wieku, w którym zwykle już występują objawy miażdżycy. Gdyby jednak większość chorych na cukrzycę dzięki insulinie i odpowiedniej organizacji opieki nad diabetykami pozyskała możność osiągnięcia 50 — 60 lat życia, to i tak stanowiłoby to znaczny postęp w lecznictwie. Możność ta niewątpliwie istnieje i powinna być celem naszego świadomego postępowania terapeutycznego.

Dr. BAMBERGER, Kissingen

W SPRAWIE OMNADINY.

(Referat według Ther. Ber., tom VI, Nr. 8).

Nie ulega wątpliwości, że Omnadina pozyskuje sobie stopniowo coraz większe uznanie wśród lekarzy praktyków. Znam lekarzy, którzy jeszcze przed dwoma laty wyrażali się o Omnadinie z dużym sceptycyzmem, a którzy obecnie na podstawie własnego doświadczenia są wielkimi zwolennikami tego preparatu. Wydaje się z pozoru niezrozumiałem, że jedna część lekarzy uznaje pewien środek leczniczy za doskonały, podczas gdy inni odnoszą się do niego z mniejszem lub większem niedowierzaniem, albo nawet wogóle nie przyznają mu żadnej wartości leczniczej. Prof. *Fischl* np. (Med. Kl. 1927, Nr. 16) pisze, że jego spostrzeżenia w klinice chorób dziecięcych Uniwersytetu w Pradze nie mogły go przekonać o istotnej skuteczności Omnadiny. Prof. *Klieneberger* ze szpitala w Zittau (Med. Kl. 1927, str. 501) podaje natomiast, że w przypadkach przeciągających się chorób Omnadina przedstawia lek bardzo pożyteczny. Wreszcie dr. *Kritzler-Kosch* z Mannheimu (Med. Kl. 1927, Nr. 12) odzywa się o działaniu Omnadiny z wielkim entuzjazmem. Oto trzy opinje o Omnadinie zaczerpnięte z jednego i tego samego pisma: ujemna, dobra i doskonała. W związku z temi różnicami oceny powstaje pytanie, od czego może zależeć powyższa niezgodność badaczy. Osobiście jestem zdania, że różnica ta znajduje swe wyjaśnienie w okoliczności, iż Omnadinę stosuje się częstokroć nie na samym początku choroby. Tak np. *Klieneberger* nazywa Omnadinę ulubionym środkiem w przypadkach przeciągających się chorób. Wynika z tego, że Omnadiny nie stosowano odrazu na początku choroby. Również i pewna ujemna opinja poważnej kliniki staje się zrozumiała, jeżeli uwzględnimy, że do klinik przybywają przeważnie chorzy już po uprzedniem bezskutecznem leczeniu domowem i że przeważna część chorych składa się z członków Kas Chorych, którzy niezawsze mają możność korzystania z Omnadiny. Osobiście jestem gorącym zwolennikiem Omnadiny i uważam, że moje doskonałe wyniki lecznicze zawdzięczam przedewszystkiem temu, że w mej podręcznej tece zawsze noszę Omnadinę ze sobą i wstrzykuję ją w razie potrzeby odrazu przy pierwszej wizycie. Podczas pewnej ciężkiej epidemji grypy miałem możność leczenia Omnadiną znacznej ilości chorych. W 12 przypadkach już jedno jedyne wstrzyknięcie, zastosowane na samym początku choroby, wystarczyło dla szybkiego osiągnięcia stanu bezgorączkowego; u 7 chorych trzeba było dokonać 2 wstrzyknięć, a tylko u 4 chorych 3 wstrzyknięcia. Pomimo że naumyślnie nie stosowałem żadnych innych leków, u wszystkich chorych stwierdzałem już w kilka godzin po wstrzyknięciu pewną euforję; swoiste dla grypy uczucie choroby i ogólnego wyczerpania ustępowało zwykle już na drugi dzień, choćby nawet gorączka jeszcze nie opadła zupełnie do normy. Gdyby nie mierzenie

temperatury, nie byłoby właściwie nawet powodu, aby nadal utrzymywać pacjentów w łóżku. Również i dokuczliwy ból pod mostkiem w tchawicy i przykre podrażnienie kaszlowe znikały bardzo szybko, bez zastosowania jakichkolwiek środków uspokajających. Spostrzeżenia moje zgadzają się w zupełności z obserwacjami *Ostermayera* (Ther. Ber. 1929, Nr. 1, str. 33). Opisuje on 3 przypadki ciężkiej grypy, pomyślnie leczone Omnadiną, przyczem zaznacza, że wstrzykiwał Omnadinę albo natychmiast albo w każdym razie w dniu stwierdzenia choroby.

Szczególniej utkwiły mi w pamięci trzy przypadki ciężkiej grypy u dzieci w wieku ¾, 2 i 4 lat; młodszym wstrzyknąłem po 0,5, starszemu 1,0 cm^3 Omnadiny. Samo wstrzyknięcie nie sprawia naogół u małych dzieci żadnych trudności; najlepiej położyć małego pacjenta na brzuchu i szybko wkłuć mu igłę w pośladek. Zanim dziecko zdąży sobie uświadomić ukłucie, wstrzyknięcie już jest dokonane. Przygotowania do wstrzyknięcia powinny się, oczywiście, odbywać w sąsiednim pokoju, aby dziecko nic o nich nie wiedziało. Odnośnie do starszych dzieci, które już chodzą do szkoły, to nie mówię im o wstrzyknięciu, lecz o szczepieniu, gdyż pojęcie to jest dla nich bardziej zrozumiałe i nie wywołuje zwykle żadnej obawy. Również i starsze dzieci kładę na brzuchu, uprzedzając je, że muszę im dokonać szczepienia na tylnej stronie uda. Postępując w ten sposób, nigdy nie miałem żadnych trudności, nawet u mało inteligentnych dzieci.

Znacznie większe trudności niż dzieci sprawiają częstokroć lekarzowi rodzice małych pacjentów, którzy przeważnie odnoszą się niechętnie do wszelkich wstrzykiwań. Lecz i tę trudność można przy dobrej woli zawsze przezwyciężyć, udzielając odpowiednich wyjaśnień o bezwzględnej nieszkodliwości wstrzyknięcia i o dużych szansach szybkiej poprawy.

Jako nieswoisty preparat bodźcowy, wywołujący szybkie wzmożenie obronnych sił organizmu, Omnadina znajduje zastosowanie lecznicze w licznych chorobach gorączkowych. Wobec tego, że Omnadina jest lekiem bezwzględnie nieszkodliwym, stosuję ją natychmiast we wszystkich przypadkach chorób gorączkowych, w których podczas pierwszej wizyty nie mogę jeszcze z całą pewnością postawić dokładnego rozpoznania.

Nadzwyczaj pomyślne wyniki udawało mi się osiągnąć dzięki Omnadinie również w przypadkach nagminnego zapalenia przyusznic (Parotitis epidemica). W 4 przypadkach już jedno wstrzyknięcie okazywało się wystarczające, aby doraźnie złagodzić gwałtowny początkowo przebieg choroby i doprowadzić do szybkiego ustąpienia obrzmienia przyusznicy i gruczołów chłonnych. Chociaż świnka jest naogół chorobą łagodną, to jednak dla matki nie jest przecież obojętne, czy jej dziecko choruje 4 lub 8 dni, albo też czy choroba przeciąga się jeszcze dłużej, gdy obrzmiałe gruczoły nie okazują skłonności do cofania się.

W licznych spostrzeganych przypadkach ospy wietrznej (Varicella) odnosi-

łem wrażenie, że wysiew wykwitów był pod wpływem Omnadiny mniejszy i że choroba przebiegała bardzo łagodnie i bez żadnych obostrzeń.

Na zakończenie przytoczę tu jeszcze następujący przypadek z zupełnie innej dziedziny: wezwano mnie do dziewczynki, którą jakiś złośliwy widocznie komar ukąsił w okolicy kostki. Wokoło ukłutego miejsca wytworzyło się prawie natychmiast swędzące i bolesne obrzmienie i zaczerwienienie. Pomimo zastosowanych okładów obrzęk posuwał się ku górze i doszedł już do połowy podudzia, które było napięte i niekształtnie obrzmiałe. Jedno jedyne wstrzyknięcie sprawiło, że po kilku godzinach dokuczliwe swędzenie ustąpiło, a następnie w krótkim czasie cofnęło się również i obrzmienie i zaczerwienienie.

Na podstawie mego doświadczenia uważam, że w przypadkach ostrych chorób gorączkowych Omnadina wywołuje nieswoiste przestrojenie ustroju, szybko wzmaga jego siły obronne i wpływa dzięki temu pomyślnie na przebieg choroby, albo nawet zwalcza ją odrazu w sposób poronny. Zawdzięczam Omnadinie tyle efektownych powodzeń leczniczych, że stała się ona dla mnie jednym z najniezbędniejszych środków terapeutycznych.

Dr. L. LINDENFELD, II Klinika Chirurgiczna Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

PYELOGRAFJA DOŻYLNA, JAKO METODA BADANIA CZYNNOŚCIOWEGO, ZE SZCZEGÓLNEM UWZGLĘDNIENIEM WYDZIELANIA JODU PO WSTRZYKIWANIACH ABRODILU.

(Referat według Z. Urol. 1932, tom 26).

Ostrość kontrastowa obrazów rentgenowskich dróg moczowych po wstrzykiwaniach Abrodilu oraz najodpowiedniejsza chwila dla dokonywania zdjęć zależą nietylko od wydolności nerek, lecz również i od czynników pozanerkowych. W przypadkach cukrzycy lub wogóle obfitego oddawania moczu, ilość moczu jest zbyt wielka i w związku z tem obraz kontrastowy występuje zbyt słabo. W innych stanach chorobowych stwierdza się czasem zjawisko wprost przeciwne. W obu przypadkach pęcherz moczowy zarysowuje się wyraźnie, natomiast górne drogi moczowe są źle widoczne, albo nawet nie widać ich wcale. Ważnem jest również, czy zdjęcie zostaje dokonane podczas roz-

kurczu lub skurczu miedniczki nerkowej. Jeżeli wskutek skurczu obraz po jednej stronie pozostaje niewidoczny, to możnaby błędnie uznać, że ma się do czynienia ze znacznem upośledzeniem czynności danej nerki. Oprócz stanu wypełnienia i pojemności miedniczki nerkowej ma znaczenie również i napięcie ścian. Bardzo ważne są następnie perystaltyka moczowodów i stopień wypełnienia pęcherza moczowego, przedstawiającego ew. naturalny zaciskacz moczowodów. Za zasadniczy warunek dobrego urogramu należy ponadto uważać dokładne usunięcie gazów z kiszek grubych. Przy pyelografji dożylnej gazy zasłaniają obraz znacznie łatwiej niż przy pyelografji wstecznej. Podczas gdy wszystkie powyższe czynniki mogą nasuwać myśl o złej czynności nerek, to przy obrazie wyraźnym i przeszkodzie w odpływie moczu (kamień w moczowodzie, ucisk guza na moczowód i t. d.) możnaby dojść do błędnego wniosku o czynności prawidłowej. Jeżeli również i po 1—6 godz. brak po jednej stronie obrazu kontrastowego, przy jednoczesnem wyraźnym obrazie po stronie drugiej, to należy przyjąć istnienie poważnego jednostronnego schorzenia. Tolerancja Abrodilu jest bardzo dobra.

W moczu wydzielonym w ciągu 24 godzin znaleziono 80,83% jodu pochodzącego z wstrzykniętego Abrodilu, w tem w pierwszej godzinie 31,71, w drugiej 17,54, od drugiej do czwartej 16,64, od czwartej do ósmej 8,05, od ósmej do dwunastej 3,58 i od dwunastej do dwudziestej czwartej 2,81%. Wyniki te odpowiadają w zupełności wynikom otrzymanym przez *Bronner'a, Hecht'a* i *Schüller'a.* We krwi — w przeciwieństwie do innych badaczy — autor stwierdzał obecność jodu jeszcze po 3 godzinach od chwili wstrzyknięcia. Największa ilość moczu wydzielała się w ciągu pierwszej godziny (160 cm^3), w drugiej 100 i w ciągu trzeciej i czwartej razem również 100. Ciężar gatunkowy moczu podnosi się w pierwszych godzinach znacznie (1031 — 1042), następnie utrzymuje się na tym poziomie lub w 2—4 godz. zwiększa się jeszcze bardziej, poczem powoli zaczyna opadać.



Preparat kwasu solnego z pepsyną w postaci pastylek. Przewaga Acidol-Pepsiny nad zwykłemi płynnemi przetworami kwasu solnego z pepsyną polega na pomyślniejszym i dłużej trwającym wpływie na wydzielanie żołądkowe, na braku działania drażniącego, na lepszym smaku, nieograniczonej trwałości oraz wygodnym dla pacjenta i pozbawionym niebezpieczeństwa sposobie przechowywania (pastylki a nie płyn).

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Moc I (b. kwaśne) i II (sł. kwaśne) po 10 pastylek à 0,5 g zł. 2,85

Moc I (b. kwaśne) i II (sł. kwaśne) po 50 pastylek à 0,5 g zł 10,65

BAYER

»Bayer-Meister Lucius«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA"

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Rozpoznanie różniczkowe chorób żołądka.

Kliniczne badanie żołądka obejmuje: wywiady, stan przedmiotowy chorego, próbne śniadanie, próbę histaminową, chromoskopję, badanie rentgenowskie, badanie kału, palpację i opadanie krwinek czerwonych. Na podstawie szczegółowego badania przeszło stu chorych autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Jeżeli po wstrzyknięciu błękitu metylenowego barwnik nie wydziela się wcale w żołądku, jeżeli brak kwasu solnego po próbnem śniadaniu nie zmienia się po wstrzyknięciu histaminy, jeżeli rentgenologicznie stwierdza się niszę lub ubytki cieniowe i opóźnienie wydzielania, wówczas mamy do czynienia napewno z nowotworem żołądka.

2. Jeżeli błękit metylenowy wydziela się szybko już po 2 — 5 min., jeżeli odczyn na histaminę przekracza dwukrotnie kwasotę stwierdzoną po próbnem śniadaniu, jeżeli rentgenologicznie stwierdza się niszę, ubytek lub przeszkodę w przechodzeniu treści pokarmowej, wówczas sprawa chorobowa polega niewątpliwie na owrzodzeniu żołądka z nadkwaśnością lub na wrzodzie modzelowatym.

3. Jeżeli błękit metylenowy wydziela się z opóźnieniem, to znaczy po 10 minutach i w minimalnej zaledwie ilości, lub też gdy nie wydziela się wcale, jeżeli kwasota po próbnem śniadaniu nie zmienia się pod wpływem histaminy albo też podnosi się najwyżej o 50%, jeżeli badanie rentgenowskie nie wykazuje żadnych danych, przemawiających za obecnością nowotworu, wówczas podłożem choroby jest wtórny achyliczny nieżyt żołądka.

4. Jeżeli błękit metylenowy wydziela się po 6 — 10 min. i jeżeli kwasota po próbnem śniadaniu zwiększa się pod wpływem histaminy więcej niż o 10%, jeżeli badanie rentgenowskie nie wykazuje żadnych danych przemawiających za obecnością owrzodzenia, wówczas mamy do czynienia z kwaśnym nieżytem.

5. Jeżeli błękit metylenowy zaczyna się wydzielać między szóstą i dziesiątą minutą, jeżeli odczyn po histaminie nie przekracza kwasoty po próbnem śniadaniu więcej niż o 50%, a najwyżej 70% i jeżeli odczyn ten zawsze przebiega falisto (a nie stromo), następnie utrzymuje się przez krótki czas na określonym poziomie, poczem równie powoli opada, i jeżeli nie stwierdza się żadnych zmian rentgenowskich, wówczas mamy do czynienia ze zdrowym żołądkiem.

Dr. W. Vezér,
Szpital Jubileuszowy w Boguminie.
(Med. Kl. 1932, Nr. 16).

O działaniu naświetlanej ergosteryny na organizm, a zwłaszcza na układ kostny dziecka chorego na krzywicę.

Autor opisuje wyniki badania sekcyjnego $1^1/_2$-rocznego dziecka. Dziecko to było dotknięte ciężką postacią krzywicy i zmarło z powodu daleko posuniętej niedokrwistości. W ciągu ostatnich $2^1/_2$ miesięcy życia dziecko otrzymało około 100 mg Vigantolu. Kuracja ta sprawiła, że objawy krzywicy zaczęły się wyraźnie cofać. Autopsja nie wykazała żadnych zmian, ani w tętnicy głównej, ani w narządach wewnętrznych. W układzie kostnym zwracała na siebie uwagę prawidłowość stosunków wapnienia. Prowizoryczna warstwa wapnienia sięgała daleko do nasad kostnych, podobnie jak

przy samoistnem wyleczeniu krzywicy; rozdęta zaś chrząstka warstwy krzywiczej pozostała niezwapniała. Również i beleczki wapniowe trzonu i nasad były prawie wszędzie otoczone niezwykle szerokiemi pasmami kostniny, z nielicznemi wyjątkami doskonale zwapniałej. W niektórych miejscach, czasem w otoczeniu kanałów przenikających, zwapnienia nie stwierdzono. W warstwie gąbczastej stwierdzono żywą budowę i rozpad delikatnych beleczek kostnych.

Dane powyższe potwierdzają spostrzeżenia kliniczne, że chorzy na krzywicę znoszą Vigantol bardzo dobrze, lepiej niż zdrowi.

K. Strauss,
Zakład Patologji, Monachjum.
(Ztschr. f. Kinderheilk. 1933, tom 52).

W sprawie zagadnienia zapobiegania kile.

Pośród licznych sposobów zapobiegania kile proponowano również i wstrzykiwania Salvarsanu lub bizmutu, pomimo, że dokładne doświadczenia dowiodły, że postępowanie takie nie jest w stanie uchronić człowieka przed zakażeniem kiłowem. Autor opisuje spostrzegany osobiście przypadek, wykazujący istotną bezskuteczność tego zapobiegania. Sprawa dotyczyła wyleczonego luetyka. Pacjent w 4—5 godzin po ostatniem wstrzyknięciu 0,6 Neosalvarsanu i 1,5 cm^3 preparatu bizmutowego miał stosunek z kobietą chorą na kiłę i po upływie 21 dni wystąpiło u niego owrzodzenie pierwotne! W przeciwieństwie do spostrzeżeń u ludzi, Salvarsan lub bizmut w doświadczeniach na zwierzętach jednak okazywał jakoby pewne działanie zapobiegawcze. Zależy to, prawdopodobnie, od tego, że w tych doświadczeniach nie udawało się krętków przenieść na zwierzęta, czyli że i bez tego postępowania zapobiegawczego objawy kiłowe nie wystąpiłyby. Próby stosowania takiej profilaktyki na szerszą skalę są stanowczo szkodliwe, gdyż mogłyby się jedynie przyczynić do większego rozpowszechnienia się choroby.

Dr. F. Wirz,
Klinika Dermatologiczna Uniwersytetu
w Monachjum.
(Münch. med. Wschr. 1932, Nr. 29).

Przyczynek do leczenia stanów obrzękowych.

Autor opisuje historję choroby pewnej 96-letniej staruszki, która na tle osłabienia krążenia dostała bardzo dużych obrzęków całego ciała. Chorą leczono wstrzykiwaniami strofantyny i Salyrganu. Leczenie to zostało uwieńczone doskonałemi wynikami, gdyż diureza po każdem wstrzyknięciu znacznie się zwiększała i obrzęki ustąpiły zupełnie. Wobec jednak skłonności do stałego zatrzymywania wody w ustroju zachodziła konieczność powtarzania wstrzykiwań przeciętnie 2—3 razy na tydzień. Kurację tę stosowano z powodzeniem przez 2 lata, przyczem ani razu nie stwierdzono najmniejszych nawet objawów zatrucia rtęcią.

Autor opisuje jeszcze jednego chorego z dużemi obrzękami na tle przewlekłej nefrozy. Również i w tym przypadku stosowano w ciągu 6 miesięcy wstrzykiwania Salyrganu, który doprowadził do zupełnego cofnięcia się obrzęków.

Dr. L. Schreiber.
(Clujul Medical 1932, Nr. 1).

Badania doświadczalne nad obrzękiem płuc.

Autor wywoływał u królików doświadczalny obrzęk płuc w ten sposób, że przecinał im nerw błędny, a następnie wlewał do żyły szyjnej roztwór soli kuchennej. Przy takiem postępowaniu zwierzęta giną w krótkim czasie wśród objawów obrzęku płuc. Jeżeli natomiast poprzednio podać Luminal, wówczas króliki jeszcze przez kilkanaście godzin pozostają przy życiu i nie wykazują żadnych objawów obrzęku płuc. Inne środki nasenne, jak morfina, wodan chloralu, paraldehyd i t. d. nie okazują żadnego hamującego wpływu na powstawanie obrzęku płuc. Wobec tego, że w krótkim czasie po podaniu Luminalu występuje obfita diureza, na co już *Pick* w swoim czasie pierwszy zwrócił uwagę, *Brunn* początkowo przypuszczał, że niewystąpienie obrzęku płuc zależy od tego właśnie moczopędnego działania Luminalu. Diureza występuje jednak dopiero w chwili, w której zwierzę, jak to wynika z poprzednich

doświadczeń bez Luminalu, powinno już być martwe. *Brunn* wyciąga z tego wniosek, że mechanizm działania Luminalu musi być inny. Pewne wskazówki i w tym kierunku znajdują się już w starszych pracach szkoły *H. H. Meyera*, która wykazała, że pod wpływem Luminalu przemiana wodna ze krwi do tkanek zostaje zamknięta, a z tkanek do krwi utrudniona.

Dla zupełnego wyłączenia wpływu diurezy dokonano odpowiednich doświadczeń na zwierzętach, którym usunięto nerki. Stwierdzono przytem zadziwiającą rzecz, mianowicie, że usunięcie nerek wystarcza, aby przy powyżej opisanem postępowaniu doświadczalnem (bez podawania Luminalu) nie dopuścić do wystąpienia obrzęku płuc. W doświadczeniach tych usunięcie nerek działa więc zupełnie tak samo jak podanie Luminalu.

Brunn,
Zakład Farmakologiczny w Wiedniu.
(Odczyt w Wiedeńskiem Tow. Lek. 11.XI.1932).

O objawowem leczeniu gruźlicy płuc.

Dla leczenia uporczywego i dokuczliwego kaszlu, wywołanego wysychaniem błon śluzowych, autor stosuje z powodzeniem inhalacje następującego roztworu:

Pyramidoni 2,0
Pantocaini 0,06
Aq. Laurocerasi . . . 60,0

Przy znaczniejszych podniesieniach gorączki autor zaleca następującą receptę:

Coffeini-natriosalicyl. . 0,1
Chinini hydrochlor. . . 0,2
Pyramidoni 0,15

Zamiast Pyramidonu można łączyć z chininą również i Lactopheninę. Dla wywołania łagodnego działania zapisuje się 0,5 — 1 g Antipyriny albo lepiej Pyramidonu, który niewątpliwie stanowi najlepszy środek przeciwgorączkowy tego rodzaju. Wieczorne i nocne poty leczy *Baden* podawaniem Aspiriny w dawkach po 0,25 — 0,5 — 1,0 g Chcąc osiągnąć pewne uspokojenie autor podaje Phenacetynę po 0,3 — 0,5 lub łatwiej rozpuszczalną Lactopheninę po 0,5 g.

Dr. K. Baden,
Szpital Miejski w Bremie.
(Fortschr. d. Ther. 1932. Nr. 17).

O doświadczalnem wywoływaniu gośćca stawowego.

Autor wstrzykiwał królikom pokarmy zawierające białko lub ich wyciągi oraz zawiesinę zabitych bakteryj. Króliki przygotowywano do doświadczeń w ten sposób, że wywoływano u nich uprzednio stan alergji w stosunku do wstrzykiwanych związków. W wyniku tych doświadczeń powstawały u zwierząt zmiany stawowe, podobne do ludzkiego reumatyzmu stawowego. Jest to, według *Gudzenta*, jeszcze jeden dowód, że pewna grupa ludzkiego gośćca stawowego przedstawia odczyn alergiczny na antygeny pochodzące ze świata nieżyjącego.

Prof. dr. F. Gudzent, Berlin.
(Dtsch. med. Ztschr. 1932, Nr. 30).

Leczenie Campolonem Myelitis funicularis na tle anemji złośliwej.

Sprawa dotyczy 57-letniej kobiety, cierpiącej na niedokrwistość złośliwą. W styczniu 1930 r. przeprowadzono z doskonałym wynikiem kurację wątrobową. W lipcu tegoż roku ukazały się objawy myelozy funikularnej: silne bóle w kończynach dolnych i w tułowiu, ataksja znacznego stopnia, niedowład mięśniowy, ciężkie zaburzenia czuciowe. Leczenie Campolonem dało znakomite wyniki i to zarówno odnośnie do obrazu krwi, jak i do zmian rdzeniowych; zaburzenia czuciowe i objawy atakatyczne cofnęły się całkowicie.

Dr. G. Diena,
Uniwersytet w Turynie.
(Giorn. Accad. Med. Torino, 1931, tom 94).

Leczenie stanów gwałtownego pobudzenia zapomocą Avertiny.

Autorzy podają wyniki stosowania Avertiny w stanach gwałtownego pobudzenia. Dawka Avertiny, podanej w lawatywie, wahała się od 6,5 do 7,5 g. Chorzy bardzo szybko uspokajali się i zapadali w sen. Żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego nie było. Przypadki dotyczyły następujących stanów chorobowych: Delirium tremens, napady padaczkowe oraz pobudzenie wskutek krwawienia do opon po złamaniu kości skalistej. W tym ostatnim przypadku chloral, morfina i dwa odciągające nakłucia lędźwiowe pozostawały zupełnie bez wpływu, podczas gdy Avertina szybko przezwyciężyła ten stan bardzo silnego pobudzenia ogólnego. Pewne i pozbawione niebezpieczeństwa działanie Avertiny może oddawać cenne usługi przy uspokajaniu pobudzonych chorych.

Dr. Richet i *dr. Joly.*
(Journ. de Med. de Paris, 1932, Nr. 1).

Lambliasis intestinalis.

Sprawa dotyczy pewnego 35-letniego mężczyzny, który zachorował wśród objawów ogólnych i żołądkowo-kiszkowych. W kale znaleziono liczne lamblje, pomimo że w Istrji, gdzie chory mieszkał, lamblij naogół się nie spotyka. Chory otrzymał doustnie 6 kapsułek Yatrenu 105 po 0,5 g w 3 dawkach oraz 200 cm³ 1,5%-owego roztworu Yatrenu do odbytnicy, następnie w ciągu 6 dni po 5 i 4 kapsułki Yatrenu 105 i 1%-owy roztwór w lawatywie, gdyż przy stężeniach mocniejszych występowały niewielkie bóle w jamie brzusznej. Po zażyciu ogółem 14,5 g doustnie i 13 g per rectum, stwierdzono w kale jedynie nieliczne postacie otorbione. Po 9 dniach kurację powtórzono, następnie po 7 dniach trzecia kuracja. W międzyczanie Santonina z powodu obecności askaryd. Po trzeciej kuracji (43,5 g Yatrenu 105 doustnie, 35 g do odbytnicy), stan dobry, badanie kału lamblij nie wykazało. Po upływie 2 lat nawrót choroby, którą znowu udało się wyleczyć zapomocą 3 kuracyj yatrenowych. Na początku pierwszej kuracji wystąpiło przemijające ciemne zabarwienie moczu; przyjmowanie Yatrenu powodowało stale pewne, niewielkie zresztą podrażnienie kiszek z uczuciem parcia i biegunkami.

Dr. Gioseffi, Parenzo-Pola.
(La Riforma med., 1932, Nr. 9).

Leczenie ataków apoplektycznych.

W przypadkach świeżego udaru mózgowego u chorych z nadciśnieniem, *Westphal* radzi wstrzykiwać kilkakrotnie hipertoniczne roztwory cukru gronowego (50 cm³ 40%-owego roztworu), gdyż po takich wstrzykiwaniach stwierdził często zupełne ustąpienie lub znaczne cofanie się objawów porażenia. Autor tłumaczy działanie tych wstrzykiwań w sposób następujący: torebka wewnętrzna, której uszkodzenie warunkuje porażenie, cierpi nietyle z powodu samego krwawienia, ile z powodu towarzyszącego obrzęku obocznego. Roztwór hipertoniczny zmniejsza obrzęk i przywraca do pewnego stopnia prawidłową drożność dróg piramidowych. Dla celów zapobiegawczych radzi *Westphal* podawać związki rodanowe i ograniczać spożywanie nietylko soli lecz również mięsa i tłuszczu.

Prof. dr. K. Westphal,
Szpital Miejski w Hanowerze.
(D. M. W. 1932, Nr, 18).

Spostrzeżenia nad działaniem Padutiny.

Autor omawia wyniki stosowania Padutiny w przypadkach zaburzeń krążeniowych w kończynach dolnych, polegających na niedostatecznem zaopatrzeniu tkanek w krew. Wyniki okazały się bardzo pomyślne. Zaledwie w jednym przypadku ze zgorzelą miażdżycową Padutina nie była w stanie uratować wielkiego palca u nogi. Z pośród licznych spostrzeganych przypadków autor przytacza w streszczeniu przebieg choroby u 5 pacjentów leczonych Padutiną.

1. 75-letnia kobieta. W grudniu 1931 r. zgorzel cukrzycowa wielkiego palca prawej nogi. Postępująca martwica wymagała amputacji kończyny w połowie uda. 3-go grudnia 1932 bóle, zaczerwienienie i zniezczulenie 1-go, 2-go i 3-go palca lewej nogi, przyczem zaczerwienienie palucha sięgało do połowy śródstopia. Tętno na stopie było ledwie wyczuwalne. 1,2% cukru przy 2,5 li-

trach moczu na dobę. Próba na aceton ujemna. Pod wpływem odpowiedniej diety i Padutiny (3 × 20 kropel) cukromocz ustąpił zupełnie. Wkrótce również i bóle ustały całkowicie. Chora może swobodnie poruszać palcami, jedynie paluch jest jeszcze nieco zaczerwieniony. Pod paznokciem skąpa wydzielina.

2. Mężczyzna, lat 61, od dłuższego czasu cierpi na dokuczliwą akrocyanozę. Po zużyciu jednego flakonu Padutiny dolegliwości ustąpiły. W ciągu ostatnich 2 miesięcy pacjent czuje się doskonale.

3. Kobieta, lat 57, nadciśnienie (226 mm Hg), angiospazmy i akroparestezje. Dwa flakony Padutiny po 10 cm³ uwolniły chorą już od 6 tygodni od wszelkich dolegliwości.

4. Kobieta, lat 80, ogólny stan jak na ten wiek nadzwyczaj dobry, lekka cukrzyca (1,2% cukru; diureza dobowa 1,75 litra). Zaczerwienienie, silne bóle i zaburzenia ruchowe 1-go i 2-go palca u nogi, tętno na stopie niewyczuwalne; podejrzane, sine zabarwienie koniuszka palucha. 3 × 25 kropel, ogółem dotychczas 30 cm³ Padutiny doustnie: znaczne uśmierzenie dolegliwości podmiotowych i poprawa stanu przedmiotowego.

5. 66-letni mężczyzna, nadciśnienie, znaczna miażdżyca, objawów cukrzycy nie stwierdza się. Postępująca zgorzel wielkiego palca u nogi. Jedynie w tym przypadku doustne leczenie Padutiną zawiodło i nie udało się uniknąć amputacji palucha.

Dr. C. Bloedner, Drezno.
(Ther. Ber., 1933, Nr. 3).

Leczenie impotencji psychicznej.

W przypadkach impotencji psychicznej, powstałej nie na podłożu hormonalnem, autor zaleca podawanie przez dłuższy czas codziennie rano 1 tabletki Juveniny. Jest to ogólny środek wzmacniający i tonizujący, wyróżniający się ponadto szczególnem działaniem na czynności płciowe. Należy jednak zawsze dobrze sobie uświadomić, że leczenie wyłącznie farmaceutyczne nigdy nie okazuje się wystarczające dla osiągnięcia pomyślnego wyniku leczniczego, gdyż bardzo dużą rolę odgrywa w takich przypadkach psychoterapja.

Dr. A. Kronfeld, Berlin.
(Med. Welt, 1932, Nr. 30).

Rivanol.

W przypadkach paciorkowcowego zapalenia opłucnej autorzy przepłókiwali jamę opłucną 1‰-owym roztworem Rivanolu i kilka cm³ tego roztworu pozostawiali w opłucnej. Stężenie Rivanolu, niezbędne dla zabicia paciorkowców, wynosiło 1 : 10000. Ogółem leczono w ten sposób 7 dzieci; jedno zmarło na paciorkowcowe zakażenie krwi, pozostałe dzieci powróciły do zdrowia.

Dr. A. Doskočil i dr. Prochazka,
Klinika Pedjatryczna w Pradze.
(Casopis lekaru ceskych, Nr. 34).

W sprawie leczenia jąkania.

Podniecenie i zdenerwowanie, które odgrywa u niektórych jąkałów szczególną rolę, jesteśmy w stanie przytłumić zapomocą odpowiednich środków leczniczych. Doskonałe wyniki otrzymał autor w spostrzeżeniach na samym sobie przy zażywaniu Adaliny lub połączeń Extracti Belladonnae i Acidi phenylaethylobarbiturici. Pomyślne wyniki osiąga się również przy stosowaniu kombinacyj z pochodnemi kwasu barbiturowego, które według *Stockerta* mają posiadać własność szczególnie silnego hamowania połączeń odruchowych układu psycho-wegetatywnego. Przy początkach jąkania we wczesnym wieku dziecięcym *Nadoleczny* zaleca napar walerjanowy jako bardzo prosty i skuteczny środek leczniczy. W późniejszym czasie nadużywanie alkoholu i nikotyny może prowadzić do nawrotów.

H. Freund.
(Ztschr. ges. Neurol. u. Psych., 1932, tom 141).

Nastawianie złamań kości w znieczuleniu miejscowem.

Wszystkie przypadki złamań kości, które przybywały w ostatnim roku do Londyńskiego Szpitala Zachodniego, nastawiano w znieczuleniu miejscowem. Materjał autorów obejmuje 116 przypadków. Z początku wstrzykuje się podskórnie 2%-owy roztwór Novocainy, następnie wkłuwa się igłę między odłamki kostne i wstrzykuje się przeciętnie 20 cm³, a w razie potrzeby nawet więcej (do 40 cm³). Przy złamaniu szyjki kości udowej wstrzykiwano czasem nawet 100 cm³. Ani razu nie stwierdzono żadnych powikłań. Znieczulenie miejscowe spra-

wia chorym natychmiastową ulgę i pozwala unikać uśpienia ogólnego. U małych dzieci i przy obrzmieniach stawowych metoda powyższa jest przeciwwskazana. Przy złamaniach powikłanych odpowiedniejszem jest zniesienie przewodnictwa nerwowego.

Dr. Bartleman i *dr. Tippett*, Londyn.

(Lancet, 1932, Nr. 5678).

Przyczynek do poznania zakażenia meningokokowego.

Autor leczył dwóch chorych, dotkniętych zakażeniem meningokokowem, surowicą meningokokową oraz Trypaflaviną. Surowica żadnego zupełnie wpływu na bakteriemję nie okazywała, podczas gdy dożylne wstrzykiwania Trypaflaviny w dawce po 0,2 g doraźnie przezwyciężyły zarówno bakteriemję jak gorączkę. Trypaflavina szybko usunęła u chorych objawy posocznicy meningokokowej, miejscowa jednak sprawa chorobowa, w postaci zapalenia opon, trwała nadal tygodnie i miesiące. Wobec tego, że dożylnie wstrzyknięta Trypaflavina nie przechodzi do płynu mózgowo-rdzeniowego, autor zdecydował się podać Trypaflavinę dolędźwiowo (0,05 i po 2 dniach 0,1 g). Ze względu jednak na stan bardzo już daleko posuniętego charłactwa, wszelkie leczenie okazało się bezskutecznem.

Dr. Pius Müller.

Klinika Wewn. Uniwersytetu w Heidelbergu.

(Klin. Wschr. 1931, Nr. 52).

Doustne szczepienie duru brzusznego.

Dla zwalczaniu duru brzusznego stosowano zapobiegawczo w Sapporo (Hokkaido) doustną szczepionkę z laseczników tyfusowych i paratyfusowych; na kwadrans przed zażyciem szczepionki podawano pigułkę żółci wołowej. W Sapporo szczepiono w ten sposób 4980 ludzi, 6070 osób pozostało nieszczepionych. Wśród szczepionych zdarzył się tylko 1 przypadek paratyfusu (=0,201⁰/₀₀), podczas gdy wśród nieszczepionych zachorowało 7 (=1,149⁰/₀₀). Z pośród 5095 szczepionych podskórnie zachorowało 4 (=0,788⁰/₀₀). Pośród 3000 górali z Bibai szczepionych doustnie nie stwierdzono ani jednego przypadku chorób durowych, z pośród 4000 nieszczepionych górali zachorował 1. W 2 szkołach w Sapporo zaszczepiono drogą doustną (1931) 510 chłopców i 299 dziewcząt; wszystkie dzieci pozostawały zdrowe. W latach zaś 1928 i 1929, gdy dokonywano szczepień podskórnych, stwierdzono 5 przypadków duru. Dalsze 450 dzieci, które zażyły doustną szczepionkę, również pozostawały zdrowe. Ogółem więc z pośród 9239 szczepionych doustnie zachorował zaledwie 1 (=0,108⁰/₀₀).

W innych sąsiednich miejscowościach szczepienia dały następujące wyniki:

Z pośród 24235 szczepionych podskórnie zachorowało 6, z pośród 228159 nieszczepionych zachorowało 377.

Z przytoczonych danych statystycznych wynika, że szczepienie doustne metodą Besredki daje lepsze wyniki niż szczepienie podskórne.

Dr. Inouye,

Klin. Wewnętrzna, Sapporo.

(Cpt. rend. de Soc. de Biol., 1932, tom 110).

W sprawie leczenia Anginae pectoris i Status anginosus.

Dla leczenia dusznicy bolesnej stosuje się często Theobrominum natrio - salicylicum w połączeniu z różnemi preparatami kwasu barbiturowego (Luminal). Autor jest zdania, że zwłaszcza w okresach początkowych nie powinno się żałować choremu środków nasennych. Na podstawie licznych spostrzeżeń *Kirsch* dochodzi do wniosku, że żaden z wyciągów narządowych lub mięśniowych, zalecanych przeciwko dusznicy bolesnej, nie posiada podczas napadu nawet w przybliżeniu tak pomyślnego działania leczniczego jak nitrogliceryna. W 42 przypadkach (na ogólną liczbę 78) autor stosował Lacarnol, podając go przez dłuższy czas w dawce 2 razy dziennie po 10—15 kropel. Napady stawały się rzadsze i łagodniejsze. 4 z pośród pacjentów dostawało 1 lub 2 napady tygodniowo, podczas gdy przed leczeniem Lacarnolem napady występowały codziennie. Podobnie pomyślne wyniki udało się osiągnąć u pewnego chorego, który od 10 miesięcy przyjmuje codziennie po 10 kropel Lacarnolu. Wobec tego, że tolerancja

Lacarnolu jest zawsze bardzo dobra, *Kisch* zaleca, aby każdemu choremu, cierpiącemu na dusznicę bolesną i nie reagującemu na zwykłe sposoby leczenia, podawać przez dłuższy czas małe dawki Lacarnolu. Jeżeli jednocześnie stwierdza się niepowikłane zajęcie kiłowe tętnicy głównej, wówczas wskazanem jest przeprowadzenie z początku przygotowawczej kuracji jodowej, a następnie ostrożnej kuracji Salvarsanowej, którą można kombinować ze środkami nasercowemi i Salyrganem. Przy powikłanej kile aorty z niedomogą krążenia leczenie Salvarsanem nie jest wskazane i stosuje się tylko jod w połączeniu ze środkami nasercowemi i Salyrganem.

Dr. F. Kisch,
Wiedeń i Marienbad.
(Med. Welt., 1932, Nr. 29).

Ciężkie schorzenia septyczne z powikłaniami stawowemi.

Autor leczył chorych, dotkniętych ciężkiemi schorzeniami septycznemi, dożylnemi wstrzykiwaniami Trypaflaviny. U większości chorych stwierdzano jako powikłanie zasadniczej sprawy septycznej zapalne zmiany stawowe. Według autora najodpowiedniejsza dawka Trypaflaviny dla chorych w wieku około 15 lat wynosi 0,1 — 0,2 g codziennie lub co drugi dzień. Po 0,4 g wystąpiły u pewnego 23-letniego pacjenta mdłości i wymioty, lecz mimo to chory ten jednak wyzdrowiał. Przy stosowaniu Trypaflaviny należy jedynie pamiętać o pewnem, bardzo zresztą niewielkiem, niebezpieczeństwie azotemji, zwłaszcza w przypadkach współistnienia miażdżycy nerek. W porównaniu jednak z szybkiem i znakomitem działaniem leczniczem Trypaflaviny, zwłaszcza przy ciężkich septycznych schorzeniach stawowych, a głównie, jak się wydaje, przy zakażeniach wywołanych przez gramo - ujemne zarazki chorobotwórcze, to nieznaczne ryzyko wywołania przemijającej azotemji nie ma prawie żadnego znaczenia praktycznego.

Dr. Tixier,
Paryż.
(Arch. de Méd. des Enfants, 1932, tom 35).

Czy możliwem jest zarażenie się przez pot chorego na kiłę.

Przeszczepienie potu człowieka dotkniętego kiłą na królika nie wywołuje u zwierzęcia doświadczalnego żadnych klinicznie uchwytnych cech zakażenia. Również i próby bezpośredniego wykazywania obecności krętków bladych w pocie dały wynik ujemny. Jedynie w przypadkach, w których przy zmienionych chorobowo tkankach krętki przenikają do skóry, można uważać możliwość zarażenia się przez pot luetyka za prawdopodobną, gdyż, jak wiadomo, krętki mogą utrzymać się w pocie przez pewien krótki czas przy życiu i zachowywać tam swą zdolność przeniesienia choroby.

Dr. J. Köhne
Klinika chorób skórnych i wenerycznych
Uniw. w Hamburgu.
(Zschr. Immun. Forsch. 1932, tom 73).

Zmiany cielesne wywołane uczuciem strachu.

Spostrzeżenia autorów na chorych chirurgicznych bezpośrednio przed dokonaniem operacji oraz na studentach bezpośrednio przed egzaminem wykazały, że uczucie strachu jako silny bodziec asteniczno - duchowy wywołuje wyraźne zmiany somatyczne, jak przyspieszenie tętna, zwiększenie się ciśnienia krwi, hiperglikemję i leukocytozę, przyczem lęk przed egzaminem działa jeszcze silniej niż lęk przed operacją.

Dr. M. Dobreff i dr. W. Tomoff.
Klinika wew. i chirurg. Uniw. w Sofji.
(Zschr. exp. Med., 1932, tom 84).

Dowiadujemy się, że wyszła z druku książka D-ra med. Alfreda Galewskiego p. t. „Dietetyka wraz ze sposobami przyrządzania potraw".

Podręcznik składa z 3-ch części: 1) ogólnej, omawiającej szczegółowo znaczenie potraw; 2) szczegółowej, w której przy każdej jednostce chorobowej podane jest postępowanie dietetyczne wraz ze schematem diety; 3) kuchni dietetycznej, podającej sposoby przyrządzania potraw.

Podręcznik można nabywać, wpłacając na konto czekowe w P. K. O. Nr. 1778 złp. 4 lub w większych księgarniach w cenie złp. 5. Adres: Warszawa, Solna 6.

KONGRESY I ZJAZDY.

4 — 9 lipca 1933 r. — Międzynarodowy Kongres opieki nad dzieckiem w Paryżu.

19 — 22 lipca 1933 r. — II. Międzynarodowy Zjazd Towarzystwa Ortopedycznego w Londynie.

20 — 22 lipca 1933 r. — III. Międzynarodowy Zjazd Pedjatrów w Londynie.

24 — 26 lipca 1933 r. — III. Zjazd Tow. Societas Oto-Rhino-Laryngologica w Paryżu.

21 — 26 sierpnia 1933 r. — III. Międzynarodowy Zjazd poświęcony cytologji doświadczalnej, który odbędzie się w Cambridge.

12 — 14 września 1933 r. — XXVII. Zjazd Chirurgów Polskich w Poznaniu.

10 — 11 września 1933 r. — IV. Zjazd Lekarzy Słowiańskich w Poznaniu.

12 — 15 września 1933 r. — XIV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu. Informacje i zgłoszenia udziału w zjazdach: Biuro Zjazdu w Poznaniu, ul. Skarbowa 9.

25 — 30 października 1933 r. — Międzynarodowy Zjazd Przeciwrakowy w Madrycie. Wszelkich informacyj udziela Sekretarjat Polskiego Komitetu do zwalczania raka, Warszawa, Karowa 31.

27 — 28 października 1933 r. — II. Kongres europejski, poświęcony higjenie umysłowej, w Rzymie.

Redaktor **Mr. Tadeusz Haładewicz**

Wydawca: **Dom Agenturowy „REMEDIA" Warszawski, Fulde i S-ka**

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5 Skrzynka pocztowa Nr. 748

Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.

Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa Nr. 20.